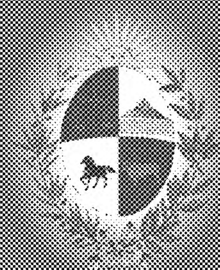
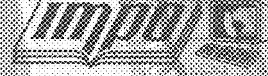
Año XCIX - Montevideo, lunes 26 de enero de 2004 - Nº 26.431

DIARIO OFICIAL



REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY





DIARIO OFICIAL

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

DIRECCION NACIONAL DE IMPRESIONES Y PUBLICACIONES OFICIALES

Av. 18 de Julio 1373
Tels.: 908.50.42 - 908. 51. 80 - 908.52.76 - 908.49.23
Fax: Mesa Central: 902.30.98 - **Avisos**: 908.54.73 - Dirección: 900.33.71
Internet: www.impo.com.uy - **E-mail**: impo@impo.com.uy

Año XCIX - Nº 26.431 - Montevideo, lunes 26 de enero de 2004

DOCUMENTOS

Tomo 395

PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

AVISOS

Edición RIOKAR S.A. e Impreso en EL PAIS S.A. - Dep. Leg. 313.011

DOCUMENTOS
PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

1

Decreto 200/003

Apruébase la revisión de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (BAREMO).
(97*R)

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

Montevideo, 22 de mayo de 2003

VISTO: El Decreto Nº 381/998 de 24 de diciembre de 1998;

RESULTANDO: I) Que por el referido Decreto se aprobó el BAREMO para la valoración del Grado de Invalidez, de aplicación obligatoria en todas las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social.

II) Que se ha realizado la actualización de las normas para la Valoración del Grado de Invalidez (BAREMO) por parte de la Unidad Baremo y Servicios Bonificados de la Gerencia de Prestaciones Económicas del Banco de Previsión Social, que contó con la participación de profesionales médicos de distintas especialidades, con los profesionales representantes del Banco de Previsión Social en las Comisiones Médicas y representantes de las empresas aseguradoras intervinientes en el sistema.

III) Que la actualización realizada es compartida en términos generales por los departamentos de Salud Ocupacional y Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República;

IV) Que el Banco de Previsión Social ha propiciado ante el Poder Ejecutivo la modificación del Decreto Nº 381/998 en los términos de la revisión aconsejada, por Resolución de 19 de marzo de 2003.

CONSIDERANDO: I) Que se hace necesario realizar los ajustes necesarios a la normativa vigente, ya que han transcurrido casi cuatro años de la aplicación de las normas para la Valoración del Grado de Invalidez (BAREMO), plazo suficiente para poder efectuar una valoración de su aplicación, y proceder a efectuar las correcciones que se consideren adecuadas.

II) Que la revisión tiende a perfeccionar la metodología, para una aplicación acorde con la responsabilidad que representa la determinación de una incapacidad laboral.

ATENTO: A lo dispuesto por el numeral 4º del artículo 168 de la Constitución de la República y a lo dispuesto precedentemente,

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA

Artículo 1º.- Apruébase la revisión de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (BAREMO) que se adjunta y forma parte integrante de este Decreto, modificándose en lo pertinente el artículo 1º del Decreto Nº 381/998 de 24 de diciembre de 1998.

Artículo 2º.- El presente decreto entrará en vigencia a partir del día siguiente a su publicación en el Diario Oficial y será de aplicación a las solicitudes en trámite a dicha fecha.

Artículo 3º.- Comuníquese, publíquese, etc.
BATLLE, SANTIAGO PEREZ DEL CASTILLO, ALEJANDRO ATCHUGARRY.

NORMAS PARA LA VALORACION DEL GRADO DE INVALIDEZ

BAREMO

Revisión 2002

República Oriental del Uruguay

La revisión 2002 de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (Baremo) aplicable para las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, ha incorporado toda la experiencia adquirida por los técnicos de Peritajes, de Comisiones Técnicas, de A.U.D.E.A. (Asociación Uruguaya de Aseguradoras) y de la Facultad de Medicina.

Han transcurrido 3 años de la aplicación de la nueva normativa y en ese período se ha avanzado en el conocimiento de las técnicas de evaluación, se han determinado procedimientos médicos más adecuados y se han adoptado criterios que han permitido enfrentar las diferencias entre el avance de la medicina y nuestra realidad laboral y de salud.

Es un avance importante pero sabiendo que un Baremo no es un instrumento perfecto, pero sí una herramienta imprescindible para unificar criterios en un tema complejo desde el punto de vista técnico y de enorme trascendencia social.

Incorporar esos conocimientos hubiese sido imposible sin la activa participación de los técnicos que elaboraron los distintos capítulos.

Dr. JORGE MAUTONE
Gerente de Area
Unidad de Baremo y
Servicios Bonificados

RECONOCIMIENTOS

Técnicos integrantes del grupo de trabajo que tuvo a su cargo la revisión del Baremo

UNIDAD DE BAREMO:

Dr. Edgardo Buzzetti	Postgrado Salud Ocupacional
Dra. Felicia Hor	Médico Perito B.P.S. Ex Profesor Adjunto Cátedra de Geriatría Hospital de Clínicas
Dr. Angel Stasi	Médico Perito B.P.S. - Psiquiatra Inspector General del Psicópata del M.S.P. Ex asesor de Presidencia del B.P.S. 1988-1989.
Sr. José Trujillo	Técnico en Administración del B.P.S.

DEPARTAMENTO DE PERITAJES del AREA MEDICINA LABORAL B.P.S.

Dra. Susana Abudara	Médico Perito B.P.S. - Gastroenteróloga
Dra. Teresita Andruskevicius	Médico Perito B.P.S. - Reumatológa
Dra. Lucy Brandariz	Médico Perito B.P.S. - Reumatóloga
Dr. Raúl Ferrari	Médico Jefe Dpto. Peritajes - Cardiólogo Administrador de Servicios de Salud
Dra. Mariela Garcés	Médico Perito B.P.S. - Postgrado Oncología
Dr. Miguel Galli	Médico Perito B.P.S. - Pediatra
Dra. Silvia Goyeneche	Médico Perito B.P.S. - Otorrinolaringóloga
Dr. Roberto Grosso	Médico Perito B.P.S. - Traumatólogo

Dr. Daniel Machín	Médico Perito B.P.S.
Dra. Beatriz Mendoza	Médico Perito B.P.S. Profesor Adjunto de Cátedra de Endocrinología Hospital de Clínicas
Dra. Magela Olivencia	Médico Perito del B.P.S. Ex Asistente de Cátedra de Neurología Hospital de Clínicas
Dra. Cecilia Piccardo	Médico Perito B.P.S. - Postgrado Nefrología
Dr. Ariel Rocca	Médico Perito B.P.S. - Diabetólogo - Endocrinólogo
Dr. Jaime Rostkier	Médico Perito B.P.S. - Dermatólogo Ex Asesor S.I.D.A. - H.I.V. - E.T.S.S. del M.S.P.
Dr. Carlos Schettini	Médico Perito B.P.S. Profesor Adjunto Clínica Médica Hospital de Clínicas
Dra. Cristina Tealde	Perito B.P.S.
Dr. Jorge Torrens	Médico Perito B.P.S. - Postgrado Cardiología
Dra. Ana Turini	Médico Perito B.P.S. - Gastroenteróloga
Dr. Bosco Villate	Médico Perito B.P.S. - Oftalmólogo

DEPTO. CERTIFICACIONES MEDICAS del AREA MEDICINA LABORAL B.P.S.

Dr. Germán Anselmo	Médico Perito B.P.S. - Postgrado Neurología
Dra. Elena Grases	Postgrado Psiquiatría Infantil

DEPTO. MEDICINA OCUPACIONAL del AREA MEDICINA LABORAL B.P.S

Dra. Myrian Arambillete	Gerente Dpto. Medicina Ocupacional - Laboralista - Pediatra
Sra. Carla Bellini	Asistente Social
Sra. Inés Giménez	Asistente Social
Sra. Mariella Mallo	Asistente Social
Sra. Adriana Reja	Asistente Social
Sra. Isabel Rovella	Asistente Social

REPRESENTANTES DEL B.P.S. EN COMISIONES TECNICAS

Dra. Adriana Bérez	Médico Perito B.P.S. Internista Ex Asistente Cátedra Medicina Interna Hospital de Clínicas Postgrado Reumatología
Dra. Graciela Bogacz	Médico Perito B.P.S. - Internista
Dra. Sandra Bórmida	Médico Perito B.P.S. Postgrado Salud Ocupacional
Dr. Adrián Caballero	Médico Perito B.P.S. - Legista
Dra. Rita Rivero	Médico Perito B.P.S. Postgrado Medicina Interna

UNIDAD DE PERINATOLOGIA DEL AREA PRESTACIONES DE SALUD B.P.S.

Dra. Isabel Pellegrini	- Hematóloga

D.E.ME.QUI. (Dpto. de Especialidades Médico Quirúrgicas) del AREA PRESTACIONES DE SALUD B.P.S.

Dr. Rogelio Charlone	Jefe Servicio O.R.L. B.P.S.
Dra. Gabriela Rutz	Jefe de Servicio de Neumología B.P.S. Secretaria de la Sociedad de Tisiología y Enfermedades del Tórax

REPRESENTANTES DE A.U.D.E.A. (Asociación Uruguaya de Empresas Aseguradoras) EN COMISIONES TECNICAS

Dr. Carlos Ceni	Médico Laboralista
Dra. Cristina Gómez	Médico Laboralista
Dr. Dagoberto Puppo	Médico Legista - Psiquiatra Ex Médico Forense - Ex Perito Psiquiatra Poder Judicial
Dr. Fernando Tomassina	Médico Laboralista

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA - FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dra. Griselda de Anda	Profesor de Clínica Dermatológica del Hospital de Clínicas
Prof. Dr. Asdrúbal Silveri	Director Instituto de Ortopedia y Traumatología
Prof. Dr. Miguel Cherro	Ex Profesor de Psiquiatría Infantil Hospital Pereira Rossell Director de Salud Mental del M.S.P. Presidente de la Sociedad de Psiquiatría Infantil del Uruguay
Dra. Gabriela Garrido	Ex asistente de Clínica de Psiquiatría Infantil y Adolescencia
Dra. Graciela Sadini	Profesor Agregado Dpto. Oncología Médica del Hospital de Clínicas

OTROS RECONOCIMIENTOS

Dra. Alda Arévalo	Presidente de la Sociedad de Dermatología del Uruguay
Dra. Elvira Gossio	Hematóloga

INDICE

INTRODUCCION

DEFINICIONES

Impedimento: se refiere a una enfermedad; a una disminución física o psíquica; a una anormalidad anatómica; a una pérdida anatómica, funcional o psíquica.

Impedimento Permanente: es la situación en la cuál un "impedimento" permanece estable e irreversible después de haberse agotado los medios curativos y de rehabilitación de que se disponga en forma habitual en el territorio de la República Oriental del Uruguay. Un impedimento permanente debe ser considerado como tal, cuando se considere que el mismo (con o sin tratamiento médico), no presentará una variación sustancial (>3%) durante el próximo año. Si un impedimento no es considerado como permanente, de acuerdo a éstos considerandos, no deberá ser tenido en cuenta a fin de ser evaluado por éstas normas.

Invalidez (a los fines de esta norma): es un concepto más amplio que el de impedimento. Se refiere a una definición o decisión técnico administrativa, respecto de cuándo un impedimento asociado a los llamados factores complementarios (edad, puesto de trabajo, nivel cultural), producen una pérdida en la capacidad de la persona que le impide

realizar un trabajo compatible con sus capacidades remanentes, en forma total o parcial.

CONSIDERACIONES GENERALES

1 - Para la evaluación de los impedimentos de las personas cuyas actividades se encuentran amparadas por el Banco de Previsión Social, los médicos peritos actuantes, deberán obligatoriamente, basarse en el contenido de éstas normas.

2 - El grado de incapacidad médica originada a partir del impedimento permanente constatado, se expresará en porcentajes de pérdida de la capacidad funcional de él o los sistemas afectados. Los porcentajes de valoración de acuerdo a éstas normas, deberán considerarse como estimativos del impedimento.

3 - Las afecciones deben ser objetivables a partir de una lesión anatómica evidente, un trastorno funcional medible o una alteración psicológica evaluable. Los síntomas, sin signos físicos y/o psíquicos evidentes durante el examen o a través de la historia clínica y/o estudios complementarios, deberán ser consignados pero no tenidos en cuenta en la valoración final. De ello se deduce que no pueden otorgarse porcentajes de incapacidad, sólo sobre la base de criterios clínicos, sin ser respaldados por hechos evaluables.

4 - En los casos en que exista afectación de un solo órgano o sistema; el menoscabo global de la persona es aquel que de acuerdo al grado de impedimento se encuentre consignado en la tabla correspondiente al órgano o sistema afectado.

5 - En los casos en que exista afectación de distintos órganos o sistemas (dos o más) se utilizará el criterio de capacidad residual, sobre el 100% de la capacidad restante. Los valores parciales de los impedimentos respectivos (de cada sistema afectado) deben ser combinados según la formula: %A + %B (100% - %A). A efectos de facilitar esta tarea se incluye una tabla de valores para uso en la suma de impedimentos combinados. En los casos en que las tablas de valoración indiquen el impedimento parcial del órgano o segmento, sin señalar el impedimento global, éste se deberá buscar en la tabla que indica el impedimento global de la persona.

6 - En los casos en que exista afectación de más de un órgano o sistema, las mismas deberán consignarse, pero sólo se valorarán en la sumatoria final, aquellas incapacidades que incidan en el desempeño de sus tareas.

7 - El médico especialista que actúe en calidad de consultante, deberá pronunciarse sobre la patología y la capacidad psico-física que presenta el trabajador, basado en los criterios y unidades porcentuales establecidas en las presentes normas.

8 - Los estudios complementarios, informes médicos y de Instituciones del sistema de salud, que permitan la justificación del impedimento y su valoración, deberán ser aportados por el peticionante, pudiendo él o los peritos actuantes, solicitar otros estudios complementarios que contribuyan a una mejor valoración diagnóstica.

9 - En los casos de haberse acreditado un subsidio transitorio, y al hacerse la evaluación al final del plazo del mismo, la carga psicofísica debe ser evaluada de acuerdo a la tarea habitual del peticionante.

10 - En los casos de considerarse una incapacidad para toda tarea al momento del examen, y por algún tratamiento a mediano plazo existe alguna probabilidad de poderse revertir la situación, el Médico perito actuante podrá determinar tal incapacidad e indicará la periodicidad que entienda pertinente para un nuevo examen evaluatorio. (Decreto Nº 382/998, artículo 7 inc. g y artículo 19)

ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO

En los casos en que corresponda evaluar una incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, deberá analizarse los antecedentes ocupacionales y en su caso, realizarse una valoración médica laboral "in situ" de las condiciones de trabajo del peticionante a fin de mejor valorar su impedimento.

FACTORES COMPLEMENTARIOS

La incapacidad laboral, concepto médico, se refiere a la disminución de la capacidad funcional originada por enfermedad física psíquica, la cual puede ser transitoria o permanente. Estas últimas son las que de acuerdo a éstas normas se valoran para el otorgar el porcentaje al grado de incapacidad de la persona.

La invalidez, de acuerdo a lo ya definido, excede los límites de la incapacidad física y/o psíquica, y a ésta se le deben agregar otros factores como la edad, nivel cultural y tipo de tarea. A éstos últimos se les denominan factores complementarios, los cuales deben ser sumados (sí corresponde) al porcentaje de incapacidad.

Factores Complementarios para Jubilaciones y Subsidios Transitorios

*** Edad:**

41 - 50 años	2%
51 - 55 años	3%
56 - 60 años	5%

*** Nivel:**

Primaria (1º, 2º, 3º)	3%
Primaria (4º, 5º, 6º)	
Secundaria (1º, 2º, 3º)	2%
Secundaria (4º, 5º, 6º)	1%

Otros niveles de enseñanza no mencionados deberán asimilarse a los niveles mencionados (ej. Niveles del nivel técnico o terciarios, etc.).

*** Tipo de tareas habituales:**

Tareas de baja carga psico-física	1 a 3%
Tareas de mediana carga psico-física	4 a 5%
Tareas de alta carga psico-física	6 a 7%

En la valoración del tipo de tareas, deberá tenerse en cuenta la calidad y cantidad de la carga psico-física, condiciones de trabajo y factores de riesgo en relación con el desempeño de la misma.

El máximo de valoración de factores complementarios para Jubilaciones y Subsidios Transitorios es de 15 puntos.

Factores complementarios para Pensiones

Introducción:

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar la situación social y la posibilidad de inserción laboral del peticionante y su ubicación en clases.

La valoración de los factores complementarios por su naturaleza requiere de la intervención de profesionales capacitados en la temática.

Consideraciones generales:

Dentro de una concepción integral de la salud, se incluye la valoración de factores complementarios atendiendo a la situación social y la posibilidad de inserción laboral del peticionante.

Dichos factores complementarios condicionan y determinan la situación social en la que se encuentra el peticionante.

1 - VALORACION SOCIAL

Para la valoración de la situación social, como factor complementario a los efectos del otorgamiento de la Prestación económica (Pensión Invalidez), se tomará como marco teórico de referencia el propuesto en "Activos y Estructuras de Oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en el Uruguay", Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la CEPAL Oficina de Montevideo, Coordinador Ruben Kaztman, julio de 1999.

Se deberán tomar en cuenta tres conceptos:

Vulnerabilidad: capacidad que tiene una familia para controlar las fuerzas que la afectan.

Activos: subconjunto de recursos requeridos para el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el medio.

Estructura de oportunidades: probabilidad de acceso a bienes, servicios o al desempeño de actividades.

De esta manera el **nivel de vulnerabilidad de una familia** como plantea R. Katzman, se refiere a su capacidad para controlar las fuerzas que lo afectan, depende de la posesión o control de activos, esto es el subconjunto de recursos cuya movilización permite el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes en un momento, ya sea para elevar el nivel de bienestar o para mantenerlo ante situaciones que la amenazan.

Los cambios en la vulnerabilidad de una familia pueden producirse por cambios en los recursos que posee o controla, por cambios en los requerimientos de acceso a la estructura de oportunidades de su medio, o por cambio en ambas dimensiones.

A los efectos de evaluar la situación de las familias, se debe tener en cuenta simultáneamente sus recursos, fundamentalmente -trabajo-educación-salud-vivienda-(análisis micro) y la estructura de oportunidades a la que están expuestos (análisis macro).

Procedimiento de evaluación.

La situación social y del peticionante se evaluará a través de la valoración de las siguientes variables:

1. Estructura familiar - Edad
2. Situación habitacional
3. Conformación de ingresos (remuneraciones y prestaciones)
4. Situación e historia laboral
5. Situación de salud
6. Clima educativo y cultural
7. Soporte social

Valoración de la vulnerabilidad

CLASE I **1 - 2%**

Familias que **no presentan carencias críticas**, cuya disponibilidad y manejo de recursos permite un aprovechamiento efectivo de la estructura de oportunidades

CLASE II **3 - 4%**

Familias **vulnerables a la exclusión**, son aquellas que cuentan con la posibilidad de adquirir los activos que las habitan para aprovechar los nuevos canales de movilidad de integración social, pero expuestas al deterioro de la unidad familiar, segregación residencial y la segmentación de las estructuras educativas.

CLASE III **5 - 6%**

Familias **vulnerables a la pobreza**, son aquellas que tienen activos insuficientes para garantizar una inserción satisfactoria en la sociedad, debido fundamentalmente a sus bajos ingresos y condiciones familiares, que le dificultan el acceso a la estructura de oportunidades, dependiendo del respaldo del Estado y de las instituciones de la sociedad civil para no agudizar su vulnerabilidad a la pobreza y a la exclusión.

CLASE IV **7 - 8%**

Familias **vulnerables a la marginalidad**, que encuentran dificultades para satisfacer sus necesidades básicas: malas condiciones habitacionales, insuficientes activos en recursos humanos dentro de la familia, alimentación escasa y de poco calidad, alta permeabilidad a los vicios sociales, precario control y atención de la salud, baja autoestima, que reducen las expectativas de buena calidad de vida y se organizan para responder a la sobrevivencia cotidiana.

2 - VALORACION DE LA POSIBILIDAD DE INSERCION LABORAL O CURRICULAR

En la valoración se deberá tener en cuenta múltiples factores inherentes a las aptitudes y a las exigencias de distintos puestos de trabajo.

A vía de ejemplo se mencionan algunos de los más importantes

1. Movilidad de tronco y miembros
2. Prensión de mano
3. Motilidad fina
4. Equilibrio
5. Aprendizaje y aplicación de conocimientos
6. Comunicación y relacionamiento
7. Reserva funcional cardio-respiratoria
8. Valoración de capacidad remanente

Valoración de posibilidad de inserción laboral o curricular

CLASE I

Relativas probabilidades de inserción **1 - 2%**

CLASE II

Bajas probabilidades de inserción **3 - 4%**

CLASE III

Muy bajas probabilidades de inserción **5 - 7%**

El máximo posible de valoración por factores sociales y posibilidades de inserción laboral es de 15 puntos.

Se adjunta:

* Formulario modelo de relevamiento de las condiciones de trabajo
* Formulario de Asignación Porcentual para Jubilación y/o Subsidio Transitorio por incapacidad física
* Formulario de Asignación Porcentual para Pensión por Invalidez

HISTORIA MEDICO OCUPACIONAL

DATOS FILIATORIOS: **FECHA** ______

NOMBRE ______

DOMICILIO ______

DEPARTAMENTO ______ **LOCALIDAD** ______

TELEFONO ______ **CARGO** ______

EMPRESA

DOMICILIO ______

TELEFONO ______ **GREMIO** ______

MATERIAS PRIMAS ______

______

______

PRODUCTO FINAL ______

______

______

OBSERVACIONES ______

______

______

AREA [ ] **1 ADMINISTRACION**
2 PRODUCCION
3 EXPEDICION Y VENTAS
4 OTROS

SECTOR ____

P. de T. ______

1) **ORGANIZACION DEL TRABAJO**

1.1	SE ADJUNTA DIAGRAMA DE PRODUCCION?	[ ]	S/N
1.2	CANTIDAD DE EMPLEADOS	[ ]	
1.3	TURNOS	[ ]	1.Matutino; 2.Vespertino 3.Nocturno 4.Mat. Vesp. 5.Vesp.Noct. 6.Todos
1.4	ROTACION DE TURNOS S/N	[ ]	
1.5	NORMA DE ROTACION	[ ]	0.No hay rotación 1.Diaria 2.Semanal 3.Quincenal 4.Mensual
1.6	JORNADA LABORAL SEMANAL	[ ]	Horas
1.7	DESCANSO SEMANAL	[ ]	1.Fijo 2.Variable
1.8	DESCANSO DE JORNADA	[ ]	Minutos
1.9	TIPO DE PRODUCCION	[ ]	1. En Serie 2. Individual

2) **LOCAL Y AMBIENTE DE TRABAJO**

2.1 LOCAL DE TRABAJO [ ] Sup.(Mts2) [ ] 1.Abierto2.Cerrado
[ ] Altura (Mts.)

2.2 ILUMINACION
Natural [ ] Suficiente [ ]
Artificial [ ] Insuficiente [ ]

2.3 VENTILACION
Natural [ ]
Nº Ventanas [ ]
Nº Puertas [ ]
Suficiente [ ]
Insuficiente [ ]

Artificial [ ]
[ ] Refrigeración
[ ] Calefacción
[ ] Ventiladores
[ ] Extractores
[ ] Otros
Suficiente [ ]
Insuficiente [ ]

2.4 HUMEDAD
No [ ]
Si [ ]
[ ] pisos
[ ] paredes
[ ] techos
[ ] niebla

3) **AGENTES FISICOS**

3.1 TEMPERATURA °C Verano [ ] No se midió [ ]
Muy frío (-20°) [ ]
Frío [ ]
Templado (20°) [ ]
Caluroso [ ]
Muy Caluroso (+35°) [ ]

C° Invierno ☐ No se midió ☐ Muy frío (-20°) ☐ Frío ☐ Templado (20°) ☐ Caluroso ☐ Muy Caluroso (+35°) ☐

3.2 RUIDO No ☐ Si ☐ DB ☐ > 85 db ☐ 85 - 100 db ☐ + 100 db ☐

No se midió ☐

Intermitente ☐
Continuo ☐
Impulso ☐
Intensidad ☐
Duración ☐

3.3 VIBRACIONES No ☐ Si ☐

Escasas ☐
Moderadas ☐
Intensas ☐
Muy intensas ☐

Intermitentes
Continuas
MEDIDA ☐

3.4 RADIACIONES IONIZANTES No ☐ Si ☐ Rayos X ☐ Gamma ☐

________ Otros

Escasas ☐
Moderadas ☐
Intensas ☐
MEDIDA ☐

Continuas ☐
Intermitentes ☐
Duración ☐

NO IONIZANTES No ☐ Si ☐ ☐ UV ☐ IR ☐ Luz visible ☐ Laser

Intermitentes ☐ Continuas ☐ ☐ Radiofrecuencia ☐ Microondas

Escasas ☐
Moderadas ☐
Intensas ☐

MEDIDA ☐

4) **AGENTES QUIMICOS**

4.1 POLVOS No ☐ Si ☐ Contaminantes Otros ________

☐ Sílice
☐ Asbesto
☐ Madera
☐ Cemento MEDIDA ☐

Escaso ☐
Moderado ☐
Intenso (nube) ☐

4.2 HUMOS

No ☐
Si ☐

☐ Soldadura
☐ Combustión
☐ Colado metales

Otros ____________

MEDIDA ☐

Escaso ☐
Moderado ☐
Intenso ☐

Continuo ☐
Intermitente ☐
Duración ☐

4.3 GASES

No ☐
Si ☐

☐ Acidos
☐ Combustión

Otros ____________

MEDIDA ☐

Escaso ☐
Moderado ☐
Intenso ☐

Continuo ☐
Intermitente ☐

4.4 VAPORES

No ☐
Si ☐

☐ Combustibles
☐ Solventes
☐ Diluyentes

Otros ____________

MEDIDA ☐

Escaso ☐
Moderado ☐
Intenso ☐

Continuo ☐
Intermitente ☐

5) **AGENTES BIOLOGICOS**

No ☐
Si ☐

☐ Bacterias
☐ Virus
☐ Hongos

Otros ____________

____

6) **CARGA FISICA**

Describir:

6.1 POSTURA - (predominante, posición de tronco y miembros, incómoda o forzosa, etc.)

____

____

6.2 MOVIMIENTOS DE LOS SEGMENTOS DEL CUERPO (tipo, intensidad, repetitivo, etc.)

____

____

6.3 DESPLAZAMIENTOS (facilidad, distancias, con o sin sobrecarga física, etc.)

____

____

6.4 CARACTERISTICAS DEL ESFUERZO FISICO (intensidad, duración, etc.)

____

____

7) CARGA MENTAL

7.1	NIVEL DE ATENCION	☐	Escaso	☐	Moderado	☐	Alto
7.2	COMPLEJIDAD DE LA TAREA	☐	Escasa	☐	Moderada	☐	Alta
7.3	RAPIDEZ DE LA TAREA	☐	Escasa	☐	Moderada	☐	Alta
7.4	APREMIO DE TIEMPO	☐	Si	☐	No		
7.5	TAREA	☐	Individual	☐	En serie o cadena		
7.6	INCENTIVO POR CALIDAD	☐	Si	☐	No		
7.7	INCENTIVO POR PRODUCCION	☐	Si	☐	No		
7.8	INTENSIDAD DE SUPERVISION	☐	Escasa	☐	Moderada	☐	Alta
7.9	RELACION CON: (aceptable, buena, excelente)		Subalternos ☐				
			Superiores ☐				
			Paralelos ☐				

8) ANALISIS MEDICO LABORAL DETALLADO DEL PUESTO DE TRABAJO

DESCRIPCION DE LA TAREA

____

DESCRIPCION COMPLEMENTARIA DE LOS RIESGOS

____

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO MEDICO LABORAL

____

MEDICO LABORALISTA ACTUANTE:

Nombre ____________________

Nº Técnico ____________________

Firma ____________________

ASIGNACION PORCENTUAL

JUBILACION Y/O SUBSIDIO TRANSITORIO POR INCAPACIDAD FISICA

Apellidos del Afiliado: ____________________

Nombres del Afiliado: ____________________

Dto. de Identidad: ____________________

PATOLOGIA	INVALIDEZ (%) parcial	combinado	global	residual

Invalidez combinada global %

INVALIDEZ COMBINADA GLOBAL: %
FACTORES COMPLEMENTARIOS:
- Nivel Educativo %
- Edad %
- Tareas ______ %

INVALIDEZ GLOBAL TOTAL %

Dr/a Dr/a Dr/a Dr/a

Fecha: ___ / ___ / ___

ASIGNACION PORCENTUAL

PENSION POR INVALIDEZ

Apellidos del Afiliado: ____________________

Nombres del Afiliado: ____________________

Dto. de Identidad: ____________________

PATOLOGIA	INVALIDEZ (%) parcial	combinado	global	residual

Invalidez combinada global %

INVALIDEZ COMBINADA GLOBAL: %
FACTORES COMPLEMENTARIOS:
- Vulnerabilidad %
- Valoración de posibilidad de inserción laboral o curricular ______ %

INVALIDEZ GLOBAL TOTAL %

Dr/a

Fecha: ___ / ___ / ___

SISTEMA HEMATOPOYETICO

1.- INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema hematopoyético y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema hematopoyético produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación) o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio y o funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo - patológicos si ellos se han realizado, siendo imprescindibles éstos últimos en aquellos casos en que de su resultado dependa la estadificación, el tipo de tratamiento o el pronóstico a corto o mediano plazo de la patología a valorar.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por él o los médicos peritos actuantes.

2 - CONSIDERACIONES GENERALES

El sistema hematopoyético, presente en todo el organismo, es complejo y polimorfo; sus afecciones determinan distintos compromisos orgánicos y repercusión funcional.

Para la evaluación de la incapacidad se tendrá en cuenta no sólo la etiología de la afección sino también el tiempo de evolución, sus recidivas y complicaciones, el tipo de tratamiento, la respuesta al mismo y los protocolos cumplidos. Se deberá poner especial atención en el estado clínico y hematológico para poder valorar la incidencia de la patología en la realización de sus tareas. En este tipo de patología, la persona no sólo podrá realizar o no las tareas de mayor o menor esfuerzo, sino que deberá tenerse especial cuidado con las condiciones adversas ambientales del lugar de trabajo, como ser la presencia de sustancias hematotóxicas (solventes, etc.), radiaciones ionizantes, etc.

El avance en el tratamiento de las leucosis en los últimos años ha modificado sustancialmente el pronóstico.

El tratamiento consta de tres etapas, inducción, consolidación y mantenimiento, al término de la inducción se puede tener un pronóstico con grandes probabilidades de certeza, por lo cual es el momento optimo para realizar el peritaje, teniendo en cuenta que de acuerdo al Decreto Nº 382 998, artículo 7 inc. g y artículo 19, el perito podrá pedir una nueva evaluación en el período que lo considere pertinente tanto para la pensión, el subsidio transitorio o la jubilación con incapacidad para toda tarea.

3 - PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Las enfermedades del sistema hemacitopoyético se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio del o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más compleja valoración del menoscabo:

- Anamnesis (historia actual, antecedentes personales, familiares, ambientales y socio culturales)
- Examen clínico
- Evolución en el tiempo
- Historia laboral.
- Hemograma completo.
- Estudio de lámina periférica.
- Recuento plaquetario.
- Reticulocitosis.
- Metabolismo de hierro (sideremia, transferrina, ferritina)
- Estudio de crasis completo
- Estudio de funcionalidad plaquetaria (agregabilidad y adhesividad plaquetaria)
- Estudio de sobrevida globular
- Electroforesis de hemoglobina
- Test de hemólisis
- Test de Coombs directo e indirecto
- Anticuerpos irregulares
- LDH sérica
- Dosificación de B12 sérico y folato sérico o eritrocitario
- Fosfatasa alcalina leucocitaria
- Anticuerpos anti factor intrínseco
- Metahemoglobina
- Gases arteriales
- Mielograma
- Biopsia de médula ósea, ganglio, hígado y o bazo
- Centellograma hepato-esplénico
- Estudio radioisotópico de pérdida sanguínea digestiva
- En mujeres deberá solicitarse estudio ginecológico completo
- Estudios radiológicos contrastados del tubo digestivo
- Estudio endoscópico del tubo digestivo
- Tomografía computorizada de tórax o abdomen
- Estudio citológico de LCR especialmente en LAL
- Estudio citogenético e inmunofenotípico de médula ósea
- Factores de hipercoagulabilidad (Proteínas S y C de la coagulación, AT III, Protrombina 20210 mutación para MTHFR, PAI, Factor V Leiden)

4 - AFECCIONES EVALUABLES

PRIMARIAS

a) Sistema reticuloendotelial

b) Serie roja

c) Serie blanca

d) Hemostasia y trombosis

SECUNDARIAS

Respecto de las afecciones hematológicas secundarias, las mismas, originadas en otros órganos tienen expresión similar a algunas patolologías hematológicas. Se evaluarán por su etiología y su repercusión en este sistema en forma combinada.

A) SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Es el encargado de la defensa del organismo por medio de mecanismos de fagocitosis, producción de anticuerpos humorales y otras sustancias en un complejo sistema donde también interviene la inmunidad mediada por células, siendo origen de los elementos formes de la sangre.

El menoscabo por alteraciones del sistema retículo-endotelial debe ser asignado de acuerdo a las repercusiones que produzca: anemia, alteraciones de los leucocitos y de las plaquetas, en forma aislada o combinada

MIELOMA

Debe tenerse en cuenta:

a) localización de la lesión (hueso corto, calota, esternón, costillas, columna, huesos largos, huesos ilíacos).
b) característica clínica: mieloma quiescente, solitario o múltiple.
c) tiempo de evolución y respuesta al tratamiento médico.
d) compromiso visceral: renal
neurológico
e) presencia de síndrome de hiperviscosidad.

GAMAPATIA MONOCLONAL BENIGNA

Con para-proteína, con infiltración medular, sin signos de progresión, debe considerarse como un menoscabo de grado leve.

HIPOPLASIA Y APLASIA MEDULAR

LEVE: hipofunción medular de 10%, sangre periférica normal
MODERADA: hipofunción medular de 20 a 40%, anemia crónica.
SEVERA: supresión del 70% del tejido hematopoyético medular

MIELOFIBROSIS

Se debe valorar según repercusión funcional, evolución y respuesta al tratamiento.

HIPERESPLENISMO

Se debe valorar según repercusión funcional y respuesta al tratamiento médico y o quirúrgico.

ESPLENECTOMIA

Se debe valorar según la etiología que produjo el acto quirúrgico, repercusión infecciosa recurrente.
En general no es causal de incapacidad laboral.

SINDROME MIELODISPLASICO

Considerado como síndrome preleucémico, su presentación es generalmente bajo la forma de anemia refractaria a la que acompañan signos de dishemopoyesis en mayor o menor grado de las otras series.
Si bien existen varios subgrupos puede dividirse en 5 grandes grupos:
a) anemia refractaria
b) Anemia refractaria con aumento de sideroblastos.
c) anemia refractaria con sideroblastos en anillo.
d) anemia refractaria con exceso de blastos.
e) anemia refractaria con exceso de blastos en transformación.

Para su clasificación será fundamental contar con el estudio citológico de médula ósea, acompañado de la tinción de Perls para identificar los sideroblastos.

B) SERIE ROJA

ANEMIAS CRONICAS

El impedimento se considera permanente por la persistencia de esta condición durante 6 meses como mínimo, con persistencia en forma permanente del menoscabo. La anemia puede no ser la única manifestación de enfermedad hematológica, pudiendo asociarse a alteraciones cuanti y o cualitativas de las series blanca y o plaquetaria. Los menoscabos producidos por cada una de ellas deberán ser valorados en forma combinada.
En el caso de anemia aplásica, deberá considerarse como impedimento permanente después de efectuado el diagnóstico, excepto en aquellas personas sometidas a transplante medular, a quienes se evaluará al año de realizado dicho procedimiento.

a) Primarias
- microesferocitosis. (A. de Minkosky Chauffard)
- talasemia major
- talasemia minor
- hemolíticas: se valorarán según su respuesta al tratamiento. Cuando cumplido el mismo mantengan valores de hemoglobina por debajo de los 7 grs. % deberán considerarse severas.

b) Secundarias
- Se valorarán de acuerdo a etiología y compromiso hematológico.

POLICITEMIAS

La policitemia puede ser absoluta o relativa.

- La policitemia relativa se debe a disminución del plasma sanguíneo y no es causa de menoscabo.
- La policitemia absoluta puede ser de origen primario (POLICITEMIA VERA) o secundario.

La policitemia de origen secundario obedece a múltiples causas y el menoscabo estará dado por la etiología de la eritrocitosis.

C) SERIE BLANCA

El menoscabo que las alteraciones de los leucocitos produzcan y que coexistan con otras alteraciones cuanti o cualitativas de las otras series del sistema hematopoyético, deberá ser valorado en forma combinada.

- Neutropenia
Severa idiopática con polimorfonucleares <1000 mm3; si no responde al tratamiento, interfiere con las actividades laborales, o el ambiente laboral es agresivo para el trabajador (por ej.: trabajos que exponen en forma habitual a contaminantes biológicos), se deberá considerar como un menoscabo de grado severo.

- Leucemias

Agudas: Dependerá del tipo de leucemia, el genio de la enfermedad, el tratamiento y la respuesta al mismo; las recaídas y la posibilidad o no de transplante

Es importante dentro de los dos grandes grupos: leucemias agudas mieloblásticas o no linfoblásticas, y leucemias agudas linfoblásticas, poder determinar su pronóstico "per se", y para ello deberá solicitarse el estudio citogenético de médula ósea. Así mismo deben diferenciarse aquellas leucemias "de novo" de aquellas que aparecen en la evolución de otra hemopatía ya diagnosticada con anterioridad y que en este caso aumentan el menoscabo producido por la enfermedad primaria.

Crónicas: En general los estadíos I y II, presentan un bajo grado de severidad, permitiendo el desarrollo de actividades laborales, según tipo y condición de las mismas. Los estadíos III y IV, presentan las mismas condicionantes que lo mencionado para las leucemias agudas.

- Linfomas

Deberá tenerse en cuenta la estadificación y el agrupamiento en Enfermedad de Hodgkin y No Hodgkin.

- Linfomas Hodgkin

ESTADIO I: compromiso de una sola región linfática (ganglios, bazo, timo, anillo de Waldeyer, placas de Peyer) o de un solo órgano extralinfático (I-E)

ESTADIO II: compromiso de dos o más regiones linfáticas en un mismo lado del diafragma.
Puede acompañarse de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (II-E)

ESTADIO III: compromiso de regiones linfáticas de ambos lados del diafragma, lo cual puede también ser acompañado de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extra linfático (III-E) o de ambas estructuras (III-ES)

ESTADIO IV: afección difusa o diseminada de uno o más órganos o sitios extralinfáticos sin relación de contigüidad con regiones ganglionares comprometidas, o sin ellas.

Clasificación morfológica:

a) Predominio linfocitario: linfocitos maduros con algunos histiocitos, escasas células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadio temprano.

b) Esclerosis nodular: tejido linfoide con bandas de tejido colágeno pueden estar ausentes las células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadío temprano.

c) Celularidad mixta: pleomorfismo celular (linfocitos, células plasmáticas, etc.) con abundantes células de Reed-Stemberg. Suele ser un estadio avanzado.

d) Deplección linfocitaria: pocos linfocitos maduros, histiocitos más abundantes y células de Reed Stemberg. Suele ser un estadio avanzado.

- Linfomas No Hodgkin

Clasificación morfológica:

1 - Bajo grado

a) Linfoma maligno (linfocítico o a células pequeñas coincidente con leucemia linfocítica crónica plasmocitoide)
b) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células pequeñas hendidas, áreas difusas, esclerosis).
c) Linfoma maligno folicular (mixto, a células pequeñas hendidas y grandes, áreas difusas, esclerosis).

2 - Grado intermedio

d) Linfoma maligno folicular (a predominio de células grandes, áreas difusas, esclerosis)
e) Linfoma maligno difuso (células pequeñas, hendidas, esclerosis)
f) Linfoma maligno difuso (mixto, a células pequeñas y grandes, componente celular epitelioide, esclerosis)
g) Linfoma maligno difuso (células grandes, hendidas, no hendidas, esclerosis)
h) Linfoma maligno (células grandes, inmunoblastico, plasmocitoise, células claras, polimorfo, componente celular epitelioide)
i) Linfoma maligno (linfoblástico, células cerebriformes, células no cerebriformes)
j) Linfoma maligno (a células pequeñas no hendidas, Burkitt, áreas foliculares)

D) HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

Las diferentes alteraciones que se produzcan en la tríada de Wirchov (endotelio, plaquetas, factores de la coagulación) se traducen clínicamente a través de síndromes hemorragíparos o coagulopáticos aislados o combinados.
En este capítulo debemos recordar las diferentes etapas que componen el delicado equilibrio para el mantenimiento de la fluidez sanguínea y los desórdenes que en forma aislada o combinada pueden interferir en el mismo.

A) Etapa vásculo-plaquetaria.
B) Coagulación
C) Fibrinólisis.

Las complicaciones que derivan del desorden hemorrágico deberán evaluarse de acuerdo a los sectores involucrados y valorarse en forma combinada.
Para el estudio de estas afecciones sugerimos la solicitud de diferentes estudios, la cual deberá basarse en el trastorno de hemostasis y o trombosis que motiva la valoración del menoscabo del paciente.

1.- Crasis sanguínea completa con fibrinógeno.
2.- Agregabilidad plaquetaria con ristocetina.
3.- Adhesividad plaquetaria.
4.- Proteínas C y S de la coagulación.
5.- Antitrombina III.
6.- Inhibidor del activador tisular del plasminógeno (PAI)
7.- Homocisteinemia.
8.- Resistencia a la proteína C activada.
9.- Factor V LEIDEN.
10.- Mutación para metiltetratahidrofolatoreductasa (MTHFR)
11.- Lipoproteína a
12.- D-dímeros
13.- PDF.
14.- inhibidores adquiridos de la coagulación
15.- Factores de la coagulación funcionales y antigénicos

Alteraciones de la etapa vásculo plaquetaria

Las complicaciones que puedan surgir como consecuencia de un impedimento de esta etapa, y cuya traducción clínica sea de tipo hemorragíparo será valorada de acuerdo al sistema o sistemas orgánicos afectados y su menoscabo valorado en forma combinada.
En el caso de afecciones tromboembólicas, sea desencadenada por factores hereditarios y o adquiridos, deberá tenerse presente su forma de presentación aislada o secundaria a otra patología), topografía (tanto desde el punto de vista de sistema afectado, como su característica de arterial o venosa), y determinar el número de episodios tromboembólicos previos.

Púrpuras

Sin complicaciones no es causante de incapacidad laboral permanente.
Si presentan cuadros hemorragíparos reiterados, la incapacidad será evaluada en función del compromiso del órgano dañado. La enfermedad de Rendu-Osler, en general no presenta incapacidad más que de tipo leve a mediano.

Alteraciones de los factores de la coagulación

- Hemofilia

Puede presentar evolución leve o moderada en la cual el tratamiento médico logra controlar la sintomatología.
La valoración del menoscabo deberá tener presente las condiciones de trabajo y especialmente el riesgo de traumatismos.
En general puede considerarse que existe una evolución severa cuando se ha determinado la aparición de secuelas articulares invalidantes.
Para la valoración del menoscabo debe tenerse presente lo ya expresado referente al tipo de tareas y condiciones de trabajo.

5. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO POR ANEMIA

CLASE I **< a 15%**

. Presenta síntomas mínimos de anemia (astenia, adinamia, parestesias)
.- El nivel de hemoglobina en sangre es de 10gr dl o más.
.- No requiere transfusiones.
.- No tiene limitaciones de la vida laboral o ella es mínima.

CLASE II **16-30%**

.- Presenta síntomas mínimos de anemia. (igual a CLASE I más taquicardias)*
.- El nivel de hemoglobina en sangre es de 9 gr dl o más.
.- Puede requerir transfusiones.
.- No tiene limitaciones de la vida laboral, o ella es mínima.

* Deberá tenerse en cuenta edad del paciente y asociación con patología cardiovascular previa.

CLASE III **31 - 50%**

.- Presenta síntomas moderados de anemia (angor, vértigos, cefaleas)
.- El nivel de hemoglobina en sangre es de 8gr dl o más.
.- Puede requerir transfusiones en forma periódica.
.- Puede tener limitaciones de la vida laboral

CLASE IV **51 - 70%**

.- Presenta síntomas moderados a severos de anemia (angor, lipotimias, plejías)
.- El nivel de hemoglobina en sangre es de 7gr dl o más.
.- Requiere transfusiones en forma periódica.
.- Tiene limitaciones de la vida laboral o ella es imposible.

CLASE V **71 - 100%**

.- Presenta síntomas severos de anemia (insuficiencia cardíaca)
.- El nivel de hemoglobina en sangre es de 5 gr dl o más.
.- Requiere transfusiones en forma periódica.
.- No puede trabajar

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO RELACIONADO CON POLICITEMIA

CLASE I **< a 15%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de policitemia.
.- El nivel de hemoglobina es elevado pero menor a 18gr dl.
.- Necesita tratamiento ocasional.

CLASE II **16 - 30%**

.- Existen Síntomas y signos clínicos de policitemia.
.- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 18 gr dl.
.- Requiere tratamiento permanente. Puede necesitar sangría de acuerdo a sintomatología del paciente.

CLASE III **31 - 50%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de policitemia.
.- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 18 gr dl.
.- Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica.

CLASE IV **51 - 70%**

.- Existen Síntomas y signos clínicos de policitemia.
.- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 19 gr dl.
.- Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica.

CLASE V **70 - 100%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de policitemia.
.- El nivel de hemoglobina en sangre es mayor a 19 gr dl.
.- Requiere tratamiento permanente con sangrías en forma periódica.
.- Presenta alteraciones por repercusión cardíaca, cerebral y o fenómenos trombóticos graves.

Para las clases I a IV se sumará 10% al menoscabo en caso de presentar síndrome de hiperviscosidad, sin llegar clínicamente a la presentación requerida para la clase V.

CLASIFICACION DEL MENOSCABO PRODUCIDO POR ALTERACIONES LEUCOCITARIAS

CLASE I **< a 15%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
.- No requiere tratamiento.
.- No hay impedimento de las actividades de la vida laboral.

CLASE II **16 - 30%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
.- Requiere tratamiento.
.- Puede continuar con las actividades de la vida laboral.

CLASE III **31 - 50%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
.- Requiere tratamiento continuo.
.- Las actividades de la vida laboral se ven interferidas periódicamente.

CLASE IV **51 - 70%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
.- Requiere tratamiento continuo.
.- No puede realizar las actividades de la vida laboral.

CLASE V **71 - 100%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de anormalidad de los leucocitos.
.- Requiere tratamiento continuo.
.- No puede realizar las actividades de la vida laboral.
.- Hay interferencias en las actividades de la vida cotidiana.

VALORACION DEL MENOSCABO PRODUCIDO POR NEUTROPENIA

CLASE I **< a 20%**

.- Leucocitosis menor de 4000 mm3 de mas de 6 meses.
.- Tratamiento periódico o no.
.- Discapacidad nula o leve para sus tareas laborales.

CLASE II **21 - 39%**

.- Leucocitosis entre 3000 y 4000 mm3
.- Tratamiento periódico o no.
.- Presencia de hasta de dos episodios infecciosos de mas de 1 semana de evolución en 6 meses.
.- Discapacidad leve para el desempeño de sus tareas laborales.

CLASE III **40 - 50%**

.- Leucocitosis entre 2000 y 3000 mm3
.- Tratamiento permanente.
.- Más de 4 episodios infecciosos en 6 meses.
.- Discapacidad moderada para sus tareas laborales.

CLASE IV **51 - 70%**

.- Leucocitosis entre 1000 y 2000 mm3.
.- Tratamiento permanente.
.- Más de 4 episodios infecciosos en 6 meses.
.- Discapacidad severa para sus tareas habituales.

CLASE V **70 - 100%**

.- Leucocitosis menor de 1000 mm3
.- Muy grave.
.- Tratamiento continuo.
.- Precisa ayuda para sus actividades de la vida diaria.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA PRODUCIDO POR IMPEDIMENTO EN EL SISTEMA RETICULO - ENDOTELIAL

CLASE I **< a 15%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo - endotelial.
.- No requiere tratamiento.
.- No hay impedimento para las actividades de la vida laboral.

CLASE II **16 - 30%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema reticulo - endotelial.
.- Requiere tratamiento.
.- Puede realizar actividades de la vida laboral.

CLASE III **31 - 50%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema reticulo - endotelial.
.- Requiere tratamiento continuo.
.- Puede realizar actividades de la vida laboral, pero con interferencias periódicas.

CLASE IV **51 - 70%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo-endotelial.
.- Requiere tratamiento continuo.
.- No puede realizar actividades de la vida laboral.

CLASE V **71 - 100%**

.- Existen síntomas y signos clínicos de afección del sistema retículo-endotelial
.- Requiere tratamiento continuo.
.- No puede realizar actividades de la vida laboral.
.- Hay interferencias en las actividades de la vida cotidiana.

VALORACION DEL MENOSCABO PRODUCIDO EN LA PERSONA POR LEUCEMIA
LEUCEMIA AGUDA MIELOBLASTICA

CLASE I **< a 29%**

.- Remisión completa a los 2 meses del diagnóstico.
.- Sin hemopatía previa.
.- Inmunofenotipo M3 o M4 de la clasificación FAB.

CLASE II **30 - 50%**

.- Remisión completa a los 5 meses del diagnóstico.
.- No presenta farmacoresistencia.
Sin hemopatía previa.

CLASE III **51 - 70%**

.- No remisión completa a los 5 meses de iniciada.
.- Con o sin fármaco resistencia
.- M5 del grupo FAB por sus complicaciones.
.- Secundaria a otra hemopatía.

CLASE IV **70 - 100%**

.- Sin remisión completa a los 6 meses de iniciada.
.- Secundaria a otra hemopatía
.- Con fármaco resistencia.
.- M6 en adultos mayores o m de la clasificación FAB
.- Subtipo hipocelular.

LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA

CLASE I **< a 40%**

.- Pacientes menores de 30 años.
.- Leucocitosis menor de 25000 mm3.
.- Sin afección del SNC.
.- Cromosoma Philadelphia negativo.

CLASE II **41 - 50%**

.- Leucocitosis mayor de 25000 mm3
.- Secundaria a otra hemopatía.
.- Hasta 3 marcadores de mal pronóstico.

CLASE III **51 - 100%**

.- Secundaria.
.- Presencia de más de 3 marcadores de **mal pronóstico**:
LEUCOCITOSIS MAYOR DE 25000 mm3.
CROMOSOMA PHILADELPHIA POSITIVO.
AUSENCIA DE REMISION COMPLETA A LOS 5 MESES.
FENOTIPO PRE T O PRE -PRE B
EDAD MAYOR DE 30 AÑOS.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR LEUCEMIAS CRONICAS

LMC
SIN CRISIS BLASTICAS **< a 30%**

UN EPISODIO DE CRISIS BLASTICA
CON POSTERIOR RC **31 - 50%**

EN FASE ACELERADA O CRISIS BLASTICA **51 - 100%**

LLC
Se utilizará como elementos guía, las clasificaciones de RAI y BINET

CLASE I **< a 30%**

ESTADIO 0 + A O B
ESTADIO 1 + A O B
ESTADIO 2 + A O B
Permanencia mayor de 1 año en dicho estadío.

CLASE II **31 - 50%**

ESTADIO 3 o 4
ESTADIO 0 a 2+C

CLASE III **51 - 70%**

ESTADIO 3 o 4
ESTADIO 0 a 2+C

CLASE IV **< a 71%**

Leucemia a células velludas

CLASIFICACIONES EMPLEADAS PARA SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS

CRONICOS

CLASIFICACION DE RAI

ESTADIO 0	*LINFOCITOSIS EN SANGRE PERIFERICA*
ESTADIO I	*LINFOCITOSIS + ADENOPATIAS*
ESTADIO II	*LINFOCITOSIS MAS HEPATO Y/O ESPLENOMEGALIA*
ESTADIO III	*LINFOCITOSIS MAS ANEMIA*
ESTADIO IV	*LINFOCITOSIS MAS PLAQUETOPENIA*

CLASIFICACION DE BINET

A: SIN ANEMIA NI PLAQUETOPENIA, MENOS DE 3 AREAS LINFOIDES AFECTADAS
B: SIN ANEMIA NI PLAQUETOPENIA, 3 O MAS AREAS AFECTADAS.
C: ANEMIA CON HEMOGLOBINA MENOR DE 10 GR/DL Y/O PLAQUETOPENIA

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR LINFOMAS

LINFOMA HODGKIN

.- Estadios I y II **< a 10%**

.- Estadios III **11 - 30%**

- Estadio IV **31 - 70%**

a) Con escasa o nula sintomatología general.
b) Con signología general (pérdida de peso >10%, fiebre, etc.) acorde a respuesta al tratamiento 70%

LINFOMA NO HODGKIN

.- De bajo grado de malignidad **< a 10%**

.- De grado intermedio de malignidad
La incapacidad es variable de acuerdo a estado clínico general, tiempo de evolución y respuesta al tratamiento **30 - 66%**

.- De alto grado de malignidad pero con remisión post tratamiento **10 - 66%**

.- De alto grado de malignidad, con recidiva **70 - 100%**

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERTROMBICIDAD

CLASE I **< a 30%**

.- Paciente portador de hipercoagulabilidad
.- Sin episodios trombóticos previos al actual.
.- Sin tratamiento.

CLASE II **31 - 50%**

.- Paciente Portador de hipercoagulabilidad.

.- Un episodio trombótico previo.
.- n tratamiento con anticoagulación oral, heparina clásica o HBPM.

CLASE III **51 - 70%**

.- Paciente portador de hipercoagulabilidad.
.- Más de dos episodios trombóticos arteriales y o venosos.
.- En tratamiento igual a clase II

CLASE IV **71 - 100%**

.- Paciente con hipercoagulabilidad. Trombosis vinculadas a patología neurológica, cardíaca, renal u oftálmica

APARATO VISUAL

SISTEMA VISUAL

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad originada las deficiencias visuales que pueden existir como consecuencia de padecer afecciones o enfermedades oculares y o neuroftalmológicas.

En primer lugar se exponen las normas de carácter general que han de tenerse en cuenta para proceder a valorar y o cuantificar la deficiencia visual.

En segundo lugar, se determinan los criterios para el diagnóstico, la valoración y cuantificación de las deficiencias de la visión.

Por último, se establece la tabla de conversión de la deficiencia visual en porcentaje de discapacidad global de la persona.

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE DEFICIENCIAS VISUALES

Sólo serán objeto de valoración los déficit visuales definitivos, es decir, aquellos no suceptibles de tratamiento y recuperación o aquellos en los que ya se hayan realizado todos los mecanismos de tratamiento existentes.

Las variables a tener en cuenta son las que se derivan de la disminución de la función visual. Y la función visual viene determinada, fundamentalmente, por agudeza visual y el campo visual.

La agudeza visual (es decir, el máximo u óptimo poder visual del ojo) puede poseerla el ojo espontáneamente o con corrección óptica.

La agudeza visual deriva de la función macular y la mácula es la zona central de la retina, en la que radica la posibilidad de la discriminación visual fina perfecta; desde este centro de la retina hasta su periferia la sensibilidad retiniana va disminuyendo.

La visión cercana siempre es buena si existe una buena agudeza visual de lejos. Sus defectos, si los hubiese, dependerían de una falta de enfoque en la retina y éste se puede lograr con tratamiento o corrección óptica.

El campo visual es el espacio en el que están situados todos los objetos que pueden ser percibidos por el ojo estando éste fijo en un punto delante de él, es decir, sin moverse y en posición primaria de mirada. Sus límites máximos son de alrededor de 60° en el sector superior, 60° en el sector nasal, 70° en el sector inferior y 90° en el sector temporal.

El campo visual normal tiene dos zonas fundamentales de significación diferente: la zona central y la zona periférica.

La zona central (o campo visual central) corresponde a la superficie contenida o limitada por la isóptera de alrededor de 30°. Por otra parte, esta zona central del campo visual es la que es vista por la región macular.

Entre los 30° referidos y los límites periféricos descritos está contenido el campo visual periférico (o zona periférica del campo visual).

Los déficit en el campo visual vienen determinados por la disminución de la isóptera periférica, por pérdidas sectoriales o por la existencia de escotomas.

La disminución de la isóptera periférica, o la disminución concéntrica del campo visual puede ir apareciendo con la edad y no necesariamente ha de considerarse patológica (a veces puede deberse incluso a un defecto de la exploración), sino como uno de los signos que van apareciendo con la vejez. Para interpretar una disminución concéntrica del campo visual como patológica ha de existir una isóptera periférica inferior a 45 ó 40° en sector superior, ídem en nasal, 50° en sector inferior, 70° en sector temporal, y además, corresponderse con una situación patológica ocular o neuroftalmológica.

Las pérdidas o disminuciones sectoriales del campo visual siempre son patológicas y los escotomas, si existen en la zona central del campo visual (escotomas centrales), pueden determinar un gran déficit de la agudeza visual.

Tanto la agudeza visual como el campo visual pueden referirse a un solo ojo (uniocular) o a los dos ojos (binocular). Normalmente la función visual es binocular, sin embargo, en términos generales, la función visual uniocular es compatible con las actividades cotidianas comunes.

Otro factor que influye en la eficiencia de la visión es la motilidad ocular. En visión binocular, sólo es compatible con las actividades normales de la persona la existencia de un perfecto equilibrio oculomotor, es decir, existencia de paralelismo de los ejes visuales al mirar a un determinado punto. Si este paralelismo no está presente en ojos con buena agudeza visual, da lugar a la diplopia, que puede dificultar las actividades habituales. Pero la diplopia es menos frecuente si un ojo no ve o su agudeza visual es muy inferior a la del ojo congénere, aunque sus ejes visuales estén desviados. En este caso, la desviación de un ojo no dificulta la función visual.

Cuando la diplopia aparece sólo en alguna de las posiciones de la mirada, la persona pone en marcha elementos compensadores que eliminan la diplopia (por ejemplo, giro o inclinación de la cabeza en esas situaciones), por lo que estos casos son compatibles con el desarrollo de una actividad normal.

Otros aspectos de la función visual, como son la visión de los colores y la visión nocturna, pueden presentar alteraciones que, aunque en la práctica no son frecuentes, es necesario contemplar.

La alteración de la visión de los colores, discromatopsia, puede ser congénita o adquirida.

Las discromatopsias adquiridas acompañan siempre a afecciones oculares de las que constituyen parte de su sintomatología, por lo que evolucionan como la enfermedad ocular que las origina.

La alteración de la visión nocturna, hemeralopía, puede ser esencial, pero con frecuencia es síntoma de alteraciones degenerativas retinianas o de avitaminosis A.

CRITERIOS DE VALORACION DE DEFICIENCIAS VISUALES

Sólo será objeto de valoración el déficit de la agudeza visual (A.V.) después de la corrección óptica correspondiente.

Las deficiencias visuales por defectos del campo visual (C.V.) pueden existir con A.V. normal o con A..V. disminuida.

En el caso de que el defecto campimétrico coexista con disminución de A.V., el porcentaje de deficiencia de la visión se halla combinado.

a. Agudeza Visual Central

El examen oftalmológico debe incluir:

* Agudeza visual sin corrección y corregida, usando lentes ópticos.

Se recomienda el uso del Perímetro de Goldman y de la Campimetría Computarizada.

M¡Error! Marcador no definido. EDIDAS EQUIVALENTES DE AGUDEZA VISUAL		
Medidas Inglesas	**Medidas Métricas**	**Medidas Decimales**
20/20	5/5-6/6	1.00
20/25	5/7.5-6/7.5	0.67-0.80
20/32	6/10	0.60
20/40	5/10-6/12	0.50
20/50	6/15	0.40
20/64	5/15-6/20	0.33 - 0.30
20/100	5/20-6/30	0.25 - 0.20
20/125	5/40-6/48	0.15 - 0.13
20/200	5/50-6/60	0.10
20/400	5/100-6/120	0.05
20/800	6/240	0.03

En la **Tabla 1** se muestra el valor de menoscabo porcentual de pérdida en la capacidad de trabajo según la disminución de la agudeza visual.

¡Error! Marcador no definido. TABLA Nº 1
AGUDEZA VISUAL
(Menoscabo Oftalmológico de la Persona en %)

AGUDEZA VISUAL (Decimales)	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,05	0,0 (ojo ciego)	Enucleación
0,8	0	4	6	8	10	12	15	18	23	25	30
0,7	4	6	8	10	12	15	18	23	28	30	35
0,6	6	8	10	12	15	18	23	28	33	35	40
0,5	8	10	12	15	18	23	28	33	38	40	45
0,4	10	12	15	18	23	28	33	38	43	45	50
0,3	12	15	18	23	28	33	38	43	48	50	55
0,2	15	18	23	28	33	38	43	48	53	55	60
0,1	18	23	28	33	38	43	48	53	58	60	75
0,05	23	28	33	38	43	48	53	58	63	65	70
0,0 (ojo ciego)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
Enucleación	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80

Aplicación de la Tabla Nº 1:

a. La pérdida o disminución de la agudeza visual en un solo ojo, estando el otro sano, se determinará por el porcentaje de menoscabo global de la persona en la primera línea horizontal del cuadro.

b. En la pérdida o disminución bilateral de la agudeza visual, el porcentaje de menoscabo se determinará en la intersección de la columna horizontal con la vertical de las visiones correspondientes al ojo derecho e izquierdo.

c. En caso de ojo único el porcentaje de menoscabo se determinará en la intersección de la vertical de los niveles de agudeza visual con la columna horizontal de ojo ciego.

d. Si existe enucleación de un ojo el porcentaje de menoscabo se determinará en la intersección de la vertical de los niveles de agudeza visual con la horizontal que dice enucleación.

e. Situaciones especiales: La afakia representa menoscabo que debe sumarse a la pérdida de la agudeza visual en forma aritmética. Afakia unilateral corregible con lentes agrega un 10% al porcentaje correspondiente a la disminución de agudeza visual. Afakia bilateral corregible con lentes se agrega un 20% al porcentaje que le corresponde por disminución de la agudeza visual.

Las Afakias Uni o Bilaterales, deberán evaluarse además por Campo Visual Comprometido.

Si está corregida con lente intraocular o seudofakia no se adiciona menoscabo por extirpación del cristalino.

b. Campo Visual

La extensión del campo visual central y periférico se evalúa usando los métodos habituales a una distancia de 33 cm., con iluminación determinada (7 foot candles) o relación índice intensidad I 4 o II 3 o III 2 (que sumen 5).

Se recomienda el uso del Perímetro de Goldman, con índice I 4 o la Campimetría Computarizada. Deberán obtenerse 2 campos visuales con máxima corrección, el resultado se representará gráficamente en un diagrama de campo visual cada uno de los ocho meridianos principales de 45º.

La extensión mínima normal del campo visual desde el punto de fijación se indica en la tabla siguiente. Las cifras de la tabla son inferiores al promedio normal dejando margen para respuestas retardadas o prominencia muy marcada de cejas o nariz.

¡Error! Marcador no definido. CAMPO VISUAL NORMAL DESDE EL PUNTO DE FIJACION

	Campo Visual en Pantalla **Grados**	Campo Visual computarizado **Grados**
Temporal	85	30
Temporal Inferior	85	30
Inferior	65	30
Nasal Inferior	50	30
Nasal	60	30
Nasal Superior	55	30
Superior	45	30
Temporal Superior	55	30
Total	**500**	**240**

Determinación de la Pérdida del Campo Visual

Para la determinación de la pérdida del campo visual se requiere contar con un estudio del campo visual el que comprende Campimetría central y periférica. Se debe realizar con la mejor corrección de la agudeza visual.

Para valorar el menoscabo global de la persona en la capacidad de trabajo basta cuantificar el daño en la Campimetría Central; la cual es más aceptable que la periférica y sus resultados más confiables.

Campimetría Central

El menoscabo en la campimetría central se calculará del siguiente modo:

1. Los 8 campos centrales fluctúan cada uno, entre 30º y 40º, sumando un total aproximado de 270º.

2. Se calcula la magnitud del campo medido. Por ejemplo: 3 campos de 25º = 75º; 2 campos de 40º = 80º; 3 campos de 0º (Hemianopsia inferior) = 0º; total del campo visual central = 75 + 80 + 0 = 155º.

3. La cifra anterior se debe multiplicar por 2, y luego se lleva a la **Tabla 2**. En el ejemplo 155 x 2 = 310º conservados, o 190º perdidos, lo que da un menoscabo de visión de 38% del ojo afectado.

La más frecuente de las afecciones que compromete el Campo Visual es el glaucoma crónico simple que produce en general un estrechamiento concéntrico del Campo Visual.

En la **Tabla 2**, se muestra el porcentaje de pérdida del campo visual de cada ojo. Para obtener el porcentaje de pérdida del campo visual de ambos ojos se debe aplicar la siguiente fórmula:

(% menoscabo ojo peor x 0,25) + (menoscabo ojo mejor x 0,75)

Es decir, el mayor porcentaje de pérdida se multiplica por 0,25 y el

menor se multiplica por 0,75 y luego se suman resultando así el menoscabo por campo visual bilateral.

Este menoscabo deberá sumarse combinado a las restantes funciones visuales evaluadas para obtener el menoscabo global de la persona por daño del Sistema Visual.

En caso de visión monocular con agudeza visual normal, pero con campo disminuido en el ojo único, se combina la falta de un ojo (25%) con la pérdida perimétrica obtenida directamente de la **Tabla 4** multiplicada por 0,75. Finalmente se combinan los menoscabos por agudeza visual y por campo visual, para obtener el menoscabo global de la persona.

El aumento de la mancha ciega y de los escotomas próximos a ésta pueden quedar incluidos en una Cuadrantopsia o Hemianopsia por lo que no requieren cálculo especial.

¡Error! Marcador no definido. TABLA Nº 2

MENOSCABO POR PERDIDA DEL CAMPO VISUAL EN PANTALLA UNILATERAL

Grados Perdidos	Grados Conservados	%	Perdidos	Grados Conservados	%	Perdidos	Grados Conservados	%
0	500	0	170	330	34	340	160	68
10	490	2	180	320	36	350	150	70
20	480	4	190	310	38	360	140	72
30	470	6	200	300	40	370	130	74
40	460	8	210	290	42	380	120	76
50	450	10	220	280	44	390	110	78
60	440	12	230	270	46	400	100	80
70	430	14	240	260	48	410	90	82
80	420	16	250	250	50	420	80	84
90	410	18	260	240	52	430	70	86
100	400	20	270	230	54	440	60	88
110	390	22	280	220	56	450	50	90
120	380	24	290	210	58	460	40	92
130	370	26	300	200	60	470	30	94
140	360	28	310	190	62	480	20	96
150	350	30	320	180	64	490	10	98
160	340	32	330	170	66	500	0	100

¡Error!Marcador no definido. TABLA Nº 3

MENOSCABO POR PERDIDA DEL CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO UNILATERAL

Grados Perdidos	Grados Conservados	%	Perdidos	Grados Conservados	%	Perdidos	Grados Conservados	%
0	250	0	85	165	34	170	80	68
5	245	2	90	160	36	175	75	70
10	240	4	95	155	38	180	70	72
15	235	6	100	150	40	185	65	74
20	230	8	105	145	42	190	60	76
25	225	10	110	140	44	195	55	78
30	220	12	115	135	46	200	50	80
35	215	14	120	130	48	205	45	82
40	210	16	125	125	50	210	40	84
45	205	18	130	120	52	215	35	86
50	200	20	135	115	54	220	30	88
55	195	22	140	110	56	225	25	90
60	190	24	145	105	58	230	20	92
65	185	26	150	100	60	235	15	94
70	180	28	155	95	62	240	10	96
75	175	30	160	90	64	245	05	98
80	170	32	165	85	66	250	0	100

Hemianopsias y Cuadrantopsias

La existencia de alteraciones del campo visual por concepto de Hemianopsias y Cuadrantopsias determinan los siguientes menoscabos:

¡Error! Marcador no definido. ORGANO DE LA VISION	% DE MENOSCABO DEL
HEMIANOPSIAS VERTICALES	
Homónimas, derecha e izquierda	28%
Heterónimas binasales	50%
heterónimas bitemporales	50%

HEMIANOPSIAS HORIZONTALES	
Superiores	15%
Inferiores	40%
CUADRANTOPSIAS	
Superiores	10%
Inferiores	20%
HEMIANOPSIAS EN SUJETOS MONOCULARES	
Nasal	65%
Inferior	75%
Temporal	85%

El menoscabo obtenido deberá sumarse en forma combinada a las restantes funciones visuales evaluadas para obtener el menoscabo global de la persona por daño del Sistema Visual.

c. Motilidad Ocular y Diplopía Binocular

Para evaluar la pérdida de motilidad ocular y la diplopía binocular se debe utilizar el Perímetro de Goldman en Intensidad III 4e y graficar la alteración en un diagrama de Campo Visual, o la Diploscopía por el Test de Hess-Lancaster. El menoscabo lo determina el meridiano con mayor porcentaje según lo siguiente:

¡Error! Marcador no definido. SUPERIOR	INFERIOR
10º = 15%	10º = 20%
20º = 10%	20º = 15%
30º = 5%	30º = 10%

El porcentaje de menoscabo se sumará en forma combinada a la valoración de las restantes funciones visuales.

¡Error! Marcador no definido. MENOSCABOS POR IMPEDIMENTOS NO CONSIDERADOS EN PUNTOS ANTERIORES	
	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
Oftalmoplejía interna total, unilateral.	15%
Oftalmoplejía interna total, bilateral.	30%
Midriasis y lesiones del iris, cuando ocasionan trastornos funcionales unilateral.	5%
Midriasis y lesiones del iris bilaterales.	10%
Ptosis palpebral con pupila descubierta.	5%
Ptosis palpebral o blefaroespasmo con pupila cubierta bilateral.	50%
Deformaciones palpebrales unilaterales.	10%
Deformaciones palpebrales bilaterales.	15%
Epífora Unilateral.	5%
Epífora Bilateral.	10%
Fístula Lagrimal Unilateral	15%
Fístulas Lagrimales Bilaterales	20%
Hipolacrima	15%
Miosis Farmacológica	15%
Miosis Sinequética	15%
Nictalopia	10%
Encandilamiento Fácil	10%
Afakia Unilateral	10%*
Afakia Bilateral	20%*
Seudofakia	0%

* Suma aritmética; resto para suma combinada.

Tabla 4

CONVERSION DE LA DEFICIENCIA VISUAL EN PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD GLOBAL DE LA PERSONA

Deficiencia	Discapacidad %	Deficiencia	Discapacidad %	Deficiencia	Discapacidad %	Deficiencia	Discapacidad %
0 - 15	0 - 5	34	22	53	40	72	58
16	6	35	23	54	41	73	59
17	6	36	24	55	42	74	60
18	7	37	25	56	43	75	61
19	8	38	26	57	44	76	62
20	9	39	27	58	45	77	63
21	10	40	28	59	46	78	64
22	11	41	29	60	47	79	65
23	12	42	30	61	48	80	66
24	13	43	31	62	49	81	66
25	14	44	32	63	49	82	67
26	15	45	32	64	50	83	68
27	15	46	33	65	51	84	69
28	16	47	34	66	52	> = 85	75
29	17	48	35	67	53		
30	18	49	36	68	54		
31	19	50	37	69	55		
32	20	51	38	70	56		
33	21	52	39	71	57		

DEFICIENCIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO
V. I. H. - S. I. D. A.

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos que surgen de la aparición y evolución natural de la Infección por V.I.H. o Virus de Inmunodeficiencia Humana y de la ENFERMEDAD S.I.D.A. o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

La valoración del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios complementarios. Para ello se deberá contar con los informes de los médicos tratantes e informe de la asistencia recibida en instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo-patológicos, si ellos se han realizado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Actualmente no se utilizan los conceptos de grupos de riesgo como grupos humanos específicos. En cambio, nos referiremos al concepto de **situaciones que exponen al riesgo de probable contagio** a los agentes patógenos por **no utilizar adecuadamente los medios de prevención** en la transmisión sexual y sanguínea y también en la transmisión vertical de madre infectada así como en la **vida personal y laboral**.

Este capítulo se divide en:

A- INFECCION V.I.H.

Se encuentran en este grupo los impedimentos en los que se reconocen fallas orgánicas y o psiquiátricas y o psicológicas adquiridas y asociadas a la determinación de la serología para el virus V.I.H.

Sólo la constancia médica o del laboratorio de una SEROLOGIA POSITIVA o V.I.H. REACTIVO resulta insuficiente para valorar el menoscabo o discapacidad de la SALUD LABORAL en todos los estadios o categorías de la INFECCION V.I.H.

B- ENFERMEDAD S.I.D.A.

La ENFERMEDAD S.I.D.A. produce por sí misma **siempre** menoscabo o daño anatómico, funcional, psiquiátrico y psicológico.

El daño anatómico y funcional puede utilizar los siguientes órganos blanco:

-Sistema Inmunológico
-Sistema Hematológico
-Piel y sus anexos, o en mucosas cercanas.
-Sistema Nervioso Central y Periférico
-Aparato Respiratorio: Vías aéreas y Pulmones o pleuras.
-Aparato Digestivo: tubo digestivo y glándulas anexas
-Organos de los sentidos: Ojos y Oídos
-Aparato Locomotor: Sistema muscular, Oseo y Articular.
-Aparato Urinario.
-Sistema Linfático. Ganglios linfáticos subcutáneos y profundos.
-Sistema Endocrino y Metabólico.
-Corazón y Aparato Circulatorio.
-Síntomas y Signos Sistémicos debidos a enfermedades infecto-contagiosas oportunistas (I.O.) o a tumores específicos del S.I.D.A.
-Estructuras psíquicas y psicológicas.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

La valoración de los impedimentos producidos por la Infección por el virus V.I.H. Enfermedad S.I.D.A. se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

1- Anamnesis
2- Examen físico
3- Evolución en el tiempo: fecha de inicio de síntomas y signos hasta el momento actual
4- Historia Laboral: conocimiento actual del puesto de trabajo y su entorno. Valoración de factores de riesgo diversos, para su adaptación y o su reinserción a su lugar de trabajo.

5- Pruebas de Diagnóstico de Laboratorio que aporten información adicional sobre:
* INFECCION por el virus V.I.H.
* SIFILIS específicas para el Treponema pallidum (F.T.A. abs.)
* HEPATITIS con daño orgánico y funcional (Enzimograma hepático) y sus agentes etiológicos.
* AGENTES ETIOLOGICOS MULTIPLES por patología asociada (estudio de anticuerpos específicos) para cada germen patógeno; o de Antígenos específicos, en cada situación-
6- Pruebas de valoración inmunológica
* estudio de poblaciones linfocitarias (linfocitos CD4 y CD8)
7- Pruebas de valoración de evolutividad de las afecciones orgánicas:
* Enzimograma hepáticos
* Estudios funcionales renales
* Metabolismo de los glúcidos
* Ionograma
* Metabolismo lipídico completo.
* Metabolismo proteico completo

8- Pruebas de pronóstico evolutivo del V.I.H. y su pasaje al estadio de S.I.D.A. ENFERMEDAD, por el estudio seriado y según protocolos convencionales de las CARGAS VIRALES del virus V.I.H.

9- Pruebas de valoración del deterioro psiquiátrico y psicológico que complementen los resultados de todos los procedimientos de evaluación de la incapacidad laboral.

EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

1- PERIODO PATOGENICO: DE INFECCION AGUDA

Infección Asintomática o con linfoadenopatias. GRADO DE ACTIVIDAD NORMAL

Este estadío puede presentarse:
- Sin alteraciones inmuno-hematológicas conocidas o con alteraciones inmuno-hematológicas.
- Con reacciones serológicas positivas (E.L.I.S.A. o V.D.R.L.) cualitativas y cuantitativas con confirmación por I.F.I o Inmuno Fluorescencia Indirecta; o por W.B. o Western Blot para el V.I.H.; o por el F.T.A. abs. para el Treponema Pallidum.
- Puede ser portador asintomático pero contagiante sin saberlo.
- Puede evolucionar o no, a las categorías siguientes si no adoptan medidas de prevención adecuadas de tratamiento precoz y especifico.

  Pruebas inmunológicas: disminución o no del Nº de linfocitos totales entre 1.000 y 2.000 mm3; y > o = a 500 células CD4 mm3.

  Indice de relación CD4 CD8 alrededor de una unidad o mayor o menor

2- PERIODO PATOGENICO: DE INFECCION LATENTE O EVOLUTIVA LENTA

Con factor de riesgo de contagio presente, si no se ha tratado la primo-infección, en general con grado de actividad normal.

En este período puede encontrarse:
- serología positiva para V.I.H. u otras E.T.S. confirmadas.
- linfoadenopatias persistentes.
- pérdida ponderal menor al 10% en varios meses.
- manifestaciones mucocutáneas leves (Dermatitis Seborreica, Prurito, Dermatomicosis, Aftas orales recidivantes, queilitis angular)
- Herpes Zoster
- Infecciones repetidas del tracto respiratorio superior. (sinusitis, otitis, rinofaringitis)
- Puede acompañarse de leucoplasia oral o moniliasis digestiva o genital tanto en hombres como en mujeres infectadas, sin otra causa que lo justifique.
- Las valoraciones hematológicas e inmunológicas pueden ser variables y distintas en cada uno de los infectados.

  Pruebas inmunológicas:

  Linfocitos totales = a 1.000 mm3 o mayor o menor cantidad.

  CD4 de 350 a 500 mm3.

  alteraciones del proteinograma con hipergamaglobulinemia o no.

3- PERIODO DE INFECCION LATENTE TARDIA O EVOLUTIVA

Antes denominado período del Complejo Relacionado con el S.I.D.A. (C.R.S. o A.R.C.) y que se ha abandonado paulatinamente en la medida que se ha podido separar la etapa evolutiva lenta y controlable de la INFECCION V.I.H. del S.I.D.A. ENFERMEDAD correspondiente al período evolutivo siguiente.

Se caracteriza por presentarse:
- Síntomas diversos y cambiantes, pero que permiten **excluir las características de las Infecciones Oportunistas y de los Tumores indicadores de la enfermedad.**
- Cambios en la sintomatología según las variaciones hematológicas e inmunológicas presentes en forma esporádica o intermitente.
- El grado de actividad es intermedio. Puede tener períodos de reposo laboral que se encuentran alrededor del 50% del total de su grado de actividad, en forma intermitente.

A- SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS:

Pueden estar presentes:
* pérdida ponderal menor del 10%
* diarrea de causa aún desconocida.
* fiebre de 38º intermitente o constante, de causa desconocida.
* fatiga muscular
* candidiasis oral
* leucoplasia oral velluda.
* contacto con B.K. con pruebas anérgicas
* infecciones bacterianas (neumonías a gérmenes conocidos, piodermitis difusas)

B- EXAMENES DE LABORATORIO:
* anemia o leucopenia o trombocitopenia o linfopenia transitoria. o intermitente.
* anticuerpos de Infecciones anteriores (IGG reactivas pero IGM negativas) que no se encuentran en actividad,
* anticuerpos de Infecciones recientes, comunes a la patología existente a nivel epidemiológico nacional

C- PRUEBAS INMUNOLOGICAS:
* anergia cutánea a múltiples antígenos o a algunos de ellos, si coexiste una disminución transitoria de los linfocitos CD4.

  Linfocitos totales menor de 1.000mm3, CD4 de 200 a 350 celulas mm3

  Relación CD4 CD8 menor de 1.

D- PRUEBAS PRONOSTICAS DE ESTABILIDAD EVOLUTIVA:
* estudio de **Cargas virales de A.R.N. del V.I.H.** con valores superiores o inferiores a los estándares utilizados y normalizados en el país y en el Cono Sur, pero con valores más o menos estables o no entre 2 determinaciones consecutivas (al mes - a los 3 o 4 meses - a los 6 meses o al año de evolución controlada)

E- PRUEBAS DE EVALUACION DEL ESTADO PSIQUIATRICO Y DE PSICODIAGNOSTICO EVOLUTIVO DE LA INFECCION POR EL V.I.H.:

La integración de un diagnóstico psiquiátrico y psicológico, en las categorías mencionadas facilitará la categorización de cada uno de los estadios en caso de ser necesario.

4- ENFERMEDAD S.I.D.A.:

Es el estadio mas avanzado o evolutivo de la INFECCION por V.I.H.

Debe ser separado de las etapas anteriores de la Infección por el virus V.I.H. sin repercusión, o con alguna repercusión clínica y laboral.

Grado de actividad limitado y menor del 50% de la actividad total, en el tiempo.

Pueden presentarse períodos de actividad total y otros de incapacidad total, que deberán ser considerados con todos los estudios clínicos, paraclínicos, inmunológicos, psicológicos, epidemiológicos, y del ambiente laboral.

Esta situación queda definida por la aparición de INFECCIONES OPORTUNISTAS graves y repetitivas y o TUMORES ESPECIFICOS poco frecuentes en la Clínica Médica y Quirúrgica.

A- SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS:

Corresponden a la presencia de INFECCIONES OPORTUNISTAS Y TUMORES ESPECIFICOS:
* Síndrome de emaciamiento, Wasting Syndrome o Slim disease.
* Neumonía por Pneumocystis carinii
* Toxoplasmosis cerebral
* Criptosporidiasis con diarrea mayor de un mes.

* Criptococosis extrapulmonar diagnosticada por microscopio (Histología y Citología)
* Enfermedad por CMV (citomegalovirus) en otros órganos que el hígado, el bazo o los ganglios linfáticos, en período activo.
* Retinitis por CMV.
* Herpes simple mucocutáneo (de más de un mes) o de localización visceral, bronquial o del esófago.
* Leucoencefalopatía multifocal progresiva
* Micosis diseminada (histoplasmosis, coccidiodomicosis, Isosporiasis)
* Candidiasis esofágica, traqueo-bronquial o pulmonar
* Micobacterioris atípica diseminada (M.kansaii o M.avium)
* Septicemia por Salmonella no-typhi
* Tuberculosis extrapulmonar
* Neumonía Intersticial Linfoide Pulmonar (N.I.L.P.) por diagnóstico microscópico.
* Linfoma primario de cerebro
* Sarcoma de Kaposi en enfermo menor de 60 años diagnosticado por histología.
* Encefalopatía por V.I.H.
* Tuberculosis a B.K. pulmonar incluida en los últimos años.
* Carcinoma invasivo de Cervix uterino en la mujer.
* Síndrome Demencia-S.I.D.A.- asociado a neuropatías y mielopatías no justificadas.

B- EXAMENES DE LABORATORIO:
* Hematológicos: hemograma completo con clasificación.
* Histológicos y Citológicos de ORGANOS BLANCO.
* Micológicos (directos y cultivos)
* Bacteriológicos específicos.

C- PRUEBAS INMUNOLOGICAS:
* determinación de Anticuerpos de las Infecciones Oportunistas.
* determinación de linfocitos CD4 descendidos de sus valores normales menores de 200 a 100 CD4 mm3 o menos aún en etapas terminales.
  Estas cifras pueden variar con los tratamientos antivirales actuales.

D- PRUEBAS PRONOSTICAS:
* determinación de CARGAS VIRALES de A.R.N. al V.I.H. elevadas y crecientes al mes, a los 3 o 4 meses, a los 8 meses y a los 12 meses del tratamiento en sus diversas formas.
* estudios comparativos de la evolución de la titulación o pruebas cuantitativas en las I.O. para evaluar los resultados terapéuticos indicados y observados; de tipo específico para cada germen patógeno.
* estudio de MARCADORES TUMORALES definitorios de patología tumoral específica terminal.

E- PRUEBAS DE EVALUACION PSIQUIATRICAS Y PSICOLOGICAS.

F- ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO Y SU AMBIENTE LABORAL SEGUN NECESIDAD.

NORMAS PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD EN CASOS DE INFECCION VIH

La actual clasificación de la infección por VIH está basada en circunstancias clínicas muy heterogéneas y en marcadores inmunológicos indirectos, los más importante de los cuales son, el recuento de linfocitos CD4 positivos y el estudio de cargas virales; El paciente debe ser considerado globalmente y debe prevalecer la clínica y la capacidad remanente para el trabajo.

Es frecuente que en una misma categoría clínica e inmunológica estén incluidos enfermos con grados de discapacidad muy diferentes; por ejemplo, la categoría C se refiere tanto a enfermos que han sufrido enfermedades definitorias de SIDA curables (tuberculosis pulmonar, candidiasis esofágica), como a enfermos con ceguera por retinitis debida a citomegalovirus o enfermos hemipléjicos por una encefalitis por Toxoplasma.

Por tanto el grado de discapacidad incluido en cada clase en la infección por VIH no es el atribuible a la enfermedad SIDA y dependerá de sus secuelas, si las hubiere, o de su evolutividad, basada en la experiencia y capacitación del perito actuante.

No deben atribuirse a la infección por VIH síntomas inespecíficos ligados al uso de drogas por vía parenteral como astenia, anorexia, pérdida de peso, alteraciones del ritmo intestinal o algias osteomusculares, salvo que correspondan a un cuadro clínico asociado a la infección por VIH (categorías clínicas A, B y C), documentado médicamente.

Por otra parte, el sólo valor numérico de CD4 menor de 200, o menor de 100 o menor de 50, puede encontrarse transitoriamente en cualquier estadio, y se recupera luego de la curación de las infecciones tanto específicas como inespecíficas.

La valoración del impedimento Psiquiátrico y o Psicológico por la infección por el virus VIH Enfermedad SIDA se deberán evaluar según el capítulo correspondiente a impedimento mental.

DEFICIENCIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO VIH-SIDA VALORACION DEL VIH-SIDA EN ADULTOS

CLASE I **< a 30%**

Infección aguda
Reacciones serológicas positivas
Con o sin alteraciones inmuno-hematológicas
Asintomático o síntomas leves
Precisa o no tratamiento
CD4 = o > de 500 mm3

CLASE II **31 - 50%**

Período de infección latente evolutiva lenta
Reacciones serológicas positivas
Alteraciones inmuno-hematológicas moderada y o severa, variables
Asintomático o síntomas y signos de categoría clínica A, B, C1 y C2
Precisa tratamiento continuado, o no lo necesita
CD4 entre 350 a 500 mm3

CLASE III **51 - 70%**

Período de Infección evolutiva o rápida
Reacciones serológicas positivas
Categoría clínica A , B, y C, excepto C3
Precisa tratamiento y continuado
CD4 entre 350 y 200 mm3

CLASE IV **71 - 100%**

Infección SIDA = Categoría Clínica C3
Reacciones serológicas positivas
Precisa tratamiento continuado
Con grado de actividad disminuido menor del 50%
CD4 menor de 200 mm3 o menor de 100 mm3 o variable
Cargas virales muy elevadas o no, según los efectos del tratamiento

CATEGORIAS CLINICAS

Deben ser adaptadas al nivel laboral de cuatro clases y pueden servir de ayuda al perito en dada caso.

A: Existen dos o más de los siguientes datos: linfadenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia, dermatitis, parotiditis, infección respiratoria recurrente o persistente, sinusitis, otitis media. Signos y síntomas leves.

B: Afecciones atribuibles al VIH no incluidas en las categorías A o C. Signos y síntomas de intensidad moderada

C: Cualquier afección definitoria de SIDA, o infección evolutiva, variable según los CD4 y cargas virales

CLASIFICACION DE LA INFECCION POR VIH
CATEGORIAS CLINICAS ADULTOS
(Conceptos paraclínicos y médicos)

	Primoinfección	Infección Lenta	Infección Evolutiva
CD4	A	B	C
>500	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3 Enf. SIDA

Por el advenimiento de los tratamientos antivirales en el siglo XXI, que intentan transformar el concepto del "SIDA mortal" en "Enfermedad Crónica" las categorías clínicas pueden variar dinámicamente, tal como se representan con las flechas ⇄ ; y muchas veces puede existir discordancia entre las categorías clínicas e inmunológicas, por lo que la técnica de entrevista y anamnesis en cada caso en particular, y el examen clínico y paraclínico, debe ser encarado en forma global, y no, letras y números únicamente.

CATEGORIA CLINICA A

- Infección aguda por VIH
- Linfadenopatías generalizada persistente o no
- Infectado asintomático
- Portador de VIH, aparentemente SANO o con Síndrome de impregnación viral transitorio prolongado.

CATEGORIA CLINICA B

- Angiomatosis bacilar.
- Candidiasis oral recurrente
- Candidiasis vulvovaginal recurrente
- Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma cervical in situ.
- Fiebre o diarrea de más de un mes de duración sin otra definida.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Herpes zoster recurrente o multidermatómico.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Listeriosis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Neuropatía periférica.
- Cualquier enfermedad cuyo curso, pronóstico o respuesta al tratamiento se vea alterado por la infección por VIH, según criterio médico.

CATEGORIA CLINICA C

- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
- Candidiasis esofágica.
- Carcinoma de cérvix invasivo.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis con diarrea de más de un mes de duración.
- Infección por citomegalovirus (localización distinta o añadida a la de hígado, bazo o ganglios linfáticos, con edad superior a un mes.)
- Retinitis por citomegalovirus.
- Encefalopatía por VIH (demencia subaguda asociada al SIDA)
- Infección por virus del herpes simple que produzca lesión mucocutánea de más de un mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis (edad superior a un mes.)
- Histoplasmosis diseminada (localización distinta o añadida a la pulmonar o a la de ganglios linfáticos torácicos o cervicales)
- Isosporidiosis con diarrea de más de un mes de duración.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt o equivalente.
- Linfoma inmunoblástico o equivalente.
- Linfoma primitivo de sistema nervioso central.
- Infección extrapulmonar o diseminada por Mycobacterium avium intracelulare o M. Kansasii.
- Tuberculosis pulmonar.
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada
- Infección diseminada por otras micobacterias.
- Neumonía por Pneumocystis carinii.
- Neumonía bacteriana recurrente (tres o más episodios anuales).
- Leucoencefalopatía mulitocal progresiva.
- Sepsis recurrente por Salmonella no typhi.
- Toxoplasmosis cerebral (edad superior a un mes).
- Caquexia asociada al SIDA.

Algunas de las enfermedades indicadoras de SIDA pueden aparecer en individuos VIH negativos, y se tratan y curan , como es habitual.

Por lo tanto, no basta solo con conocer la enfermedad indicadores de SIDA, sino conocer el estado inmunológico y pronóstico del SIDA, asociado, para catalogarlo como tal; hecho que requiere de una buena experiencia clínica y o consulta previa al dictamen final del Médico especializado en estos temas.

CATEGORIAS CLINICAS E INMUNOLOGICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (Conceptos paraclínicos y médicos)

Recuento y porcentaje de linfocitos T DC4+

	< 1 año	1-5 años	6-12 años
1- Sin evidencia de inmunosupresión	>1500	>1000	>500
2-Inmunosupresión moderada	750 - 1499	500 - 749	200 - 499
3-Inmunosupresión grave	<750	<500	<200

Para realizar la valoración en niños y adolescentes se deberán adaptar o no, los datos de la tabla que antecede a los cuatro grados de valoración del menoscabo.

Pautas Complementarias

La existencia actual de múltiples protocolos de tratamiento antiviral, aplicables tanto para adultos, como para niños y adolescentes; la variabilidad de cepas VIH1 y VIH2, que pueden mutar espontáneamente durante la evolución de la Infección VIH, y de la Enfermedad SIDA; la resistencias o intolerancias antivirales detectadas durante la evolución del VIH y la enfermedad SIDA; tanto en adultos como en niños; la variación del pronóstico vital, sobre todo en niños y adolescentes, después de los 18 meses de vida, a los 4 años de edad, a los 8 años de edad y luego de los 12 a 15 años, y; el dinamismo numérico y alfabético, puede cambiar la categorías clínicas e inmunológicas durante el transcurso del tiempo.

Se sugiere revalorar los dictámenes de incapacidad laboral con un plazo máximo entre los 4 o 5 años sobre todo en niños y adolescentes, salvo en SIDA terminal con patología múltiple.

IMPEDIMENTO EN SALUD MENTAL

I. INTRODUCCION

Este capitulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos mentales y su ubicación en clases o grados.

La valoración del menoscabo que una enfermedad mental produzca en la capacidad de trabajo, será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas, o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos.

La valoración del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios especializados (Test Psicológico, etc.). Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la Asistencia recibida en Instituciones del Sistema de Salud.
Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por el o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

En esta descripción hay que valorar no solo patologías sino anormalidades de la personalidad y reacciones vivenciales anormales, con distinta repercusión en el área laboral según la personalidad en la que haya florecido.

Una exhaustiva semiología psiquiátrica, un profundo análisis de los diagnósticos diferenciales, las pruebas psicométricas proyectivas y los perfiles de personalidad básica, nos facilitaran una gran información que orientara la conducta del perito, el que deberá evaluar individualmente las características de la patología relacionándolas con la edad del peticionante, su profesión específica y personalidad.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

El estudio de los impedimentos mentales se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnostica:

1. Anamnesis obtenida en forma directa del trabajador afectado y si es necesario interrogar a familiares, compañeros de trabajo, vecinos. Es de gran importancia la relación entre los antecedentes objetivos (Hospitalizaciones, informes de médicos tratantes, peritajes socio - laborales) y su impacto sobre el desempeño laboral.

2. Examen mental: en este examen deberá consignarse: Observación, Afecto, Psicomotricidad, Pensamiento (forma, curso y contenido, Seudopercepción, Sensorio (conciencia, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria y cálculo), Inicio y Raciocinio y Confiabilidad de los datos.

3. Evolución en el tiempo.

4. Historia Laboral y Social

5. Exámenes de laboratorios (generales: hematológicos, de orina, VDRL)

6. Exámenes específicos de laboratorio (niveles plasmáticos de fármacos, en especial drogas piscatorias, T3, T4, TSH, test de dexametasona, Elisa para V.I.H.)

7. Test Neuropsicológico

8. Electroencefalograma

9. Tomografía axial computarizada.

10. Resonancia nuclear magnética.

11. Potenciales cognitivos.

12. Psicodiagnóstico: Test Psicológicos, Test de inteligencia, Personalidad.

13. Observación controlada (hospitalización para casos difíciles, de complejo análisis y conclusión).

IV. AFECCIONES EVALUABLES

A) SINDROMES PSICOORGANICOS

A.1) Síndrome Psicoorgánico con psicosis

Se trata de trastornos causados por o asociados con una alteración tisular cerebral, es decir, una disfunción permanente o transitoria del cerebro.
Provoca signos y síntomas psicológicos y conductuales.

* Perturbación en la orientación: en el tiempo y en el espacio
* Perturbación en la memoria: amnesia de fijación (no fija los hechos cotidianos) y amnesia de evocación (no puede evocar recuerdos y fijados)
* Perturbaciones en las funciones intelectuales:
  - comprensión
  - cálculo
  - conocimiento
  - nuevos aprendizajes
  - juicio y razonamiento

  La etiología es siempre orgánica, pudiendo ser intracraneal o extracraneal (secundariamente afecta el cerebro)

* Demencia en la enfermedad de Alzheimer -- comienzo temprano
  -- comienzo tardío
* Demencia Vascular (Arterioesclerótica; Multiinfarto)
* Demencia en otras enfermedades:
  - Enfermedad de Pick
  - Enfermedad de Crevtzfeldt - Jakob
  - Enfermedad de Huntington
  - Enfermedad de Parkinson
  - Enfermedad de V.I.H.
* Demencia Alcohólica:
  - Síndrome Korsakoff
  - Delirio Celotípico o Paranoia Alcohólica (crónico con Reagudización)
  - Alucinaciones Alcohólicas

Se trata de patología permanente e irreversible, **con una evolución no menor a seis (6) meses.**

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR SINDROME PSICOORGANICO ASOCIADO CON PSICOSIS
Los síntomas son graves: trastorno masivo (global) del juicio, de la memoria y del razonamiento. La comunicación está muy comprometida o es nula. La eficiencia social es nula, no puede ejercer ninguna actividad; presenta una autonomía muy reducida o incluso ha perdido su autonomía; debe ser vigilado o ayudado en su vida cotidiana. En los casos más graves no puede atender sus asuntos ni cuidar de sí mismo; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas o pueden estar ausentes.
Porcentaje de Incapacidad
> a 60%

A.2) Otros Síndromes Psicoorgánicos

* Infecciones intracraneales
* Traumatismos craneoencefálicos
* Trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicoactivas:
  - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Alcohol:
    - delirio sub agudo
    - alcoholismo patológico agudo
  - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Opiáceos
  - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Cannabinoides
  - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Sedantes o Hipnóticos
  - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Cocaína
  - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Alucinógenos

- trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Disolventes Volátiles
- trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Múltiples Drogas

* Intoxicación aguda
* Uso Nocivo con: - daño físico
  - daño psíquico
* Síndrome de dependencia
* Estado de abstinencia
* Estado de abstinencia con delirio
* Trastorno psicótico
* Síndrome mnésico
* Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

GRADO I - Cuando son evaluados al inicio del trastorno y tratados adecuadamente se obtiene una remisión total; es poco incapacitante.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II - Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de la medicación. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.
La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.
La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III - Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados.
En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.
El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.
La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.
La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA CON SINDROME PSICOORGANICO

GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

B) PSICOSIS PROPIAMENTE DICHAS

B.1) Esquizofrenias

Síntomas:

a) Productivos: síndrome de influencia (otras personas pueden influir sobre el enfermo)
b) Eco, robo o adivinación del pensamiento
c) El delirio (es pobremente sistematizado y carente de valor afectivo)
d) Fenómenos alucinatorios acústico-verbales (voces dialogadas, comentadoras de actos)
e) Deficitarios: pseudoalucinaciones (el paciente siente voces dentro de la cabeza)

* Indiferencia afectiva
  - Perplejidad
  - Depresión (puede ser reactiva a la enfermedad o atípica, esta última recuerda clínicamente a un cuadro depresivo sin constituirlo)
  - Apragmatismo (laboral, familiar, social y sexual)

Distintas formas:

* Esquizofrenia Paranoide (predomina el delirio)
* Esquizofrenia Hebefrénica (esquizofrenia de los jóvenes)
* Esquizofrenia Catatónica (perturbación psicomotora está en primer plano)
* Esquizofrenia Indiferenciada (características de más de una de ellas sin predominio de ninguna)
* Esquizofrenia simple
* Esquizofrenia Residual (síntomas negativos de larga duración, pobreza del lenguaje en cantidad y contenido)

GRADO I - Cuando presenta un cuadro psicótico agudo tratado, se obtiene una remisión total; es poco incapacitante.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II - Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de la medicación. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.
La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.
La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III - Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados.
En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.
El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.
La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.
La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION

GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

B.2) Trastornos Delirantes Persistentes

* Trastorno delirante: Delirio crónico o un conjunto de delirios relacionados entre sí, persistentes y a veces duran toda la vida

- Estado paranoide
- Parafrenia tardía
- Paranoia
- Psicosis paranoide

* Otros trastornos delirantes persistentes:

- Estado paranoide involutivo
- Paranoia querellante

GRADO I - Cuando son evaluados en etapa aguda y tratados adecuadamente, se obtiene una remisión muy importante; es poco incapacitante.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II - Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de los tratamientos. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.
La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.
La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III - Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados.
En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.
El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.
La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.
La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

C) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o en la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de euforia. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad.

La mayoría de estos trastornos tienen a ser recurrentes, y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

En la clasificación de los trastornos del humor se ha utilizado un criterio práctico para identificar con facilidad los trastornos clínicos más frecuentes. Así, se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares de otros trastornos que presentan episodios múltiples, ya que gran parte de los pacientes tienen un solo episodio.

También se ha dado importancia a la gravedad, por las implicaciones que tiene el tratamiento y la asistencia.

Los términos "manía" y "depresión grave" se utilizan en esta clasificación para referirse a los extremos opuestos del aspecto afectivo; "hipomanía" se utiliza para indicar un estado intermedio sin ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de las actividades normales; con frecuencia, pero no excluyente, se presenta en las etapas iniciales o finales de una manía.

C.1) Episodio Maníaco

Aquí hablamos de tres grados de gravedad que comparten la presencia de una exaltación del humor y un aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propia del individuo.

Esta categoría debe utilizarse sólo para episodios maníacos aislados.

* Hipomanía
* Manía sin síntomas psicóticos
* Manía con síntomas psicóticos
  - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
  - con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
* Otros episodios maníacos
* Episodios maníacos sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituídas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.2) Trastorno Bipolar

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad están profundamente alterados. Coexiste exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad; y en otros, una disminución del estado de ánimo, un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Lo característico es que se obtenga una recuperación completa entre los episodios aislados.

Los episodios de manía comienzan normalmente de forma brusca y se prolongan por un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro o cinco meses. Las depresiones son más duraderas (promedio seis meses).

El término "trastorno o psicosis maníaco depresiva" se usa ahora preferentemente como sinónimo del trastorno bipolar.

* Episodio actual hipomaníaco
* Episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos
* Episodio actual maníaco con síntomas psicóticos
* Episodio actual depresivo moderado o leve
  - sin síntomas psicóticos
  - con síntomas psicóticos
* Episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
* Episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
  - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
  - con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
* Episodio actual mixto
* Actualmente en remisión
* Otro trastorno bipolar
* Trastorno bipolar sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituídas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.3) Episodio Depresivo

En los episodios típicos, por lo general, el sujeto que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso ante un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

1. disminución de la atención y concentración
2. pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
3. idea de culpa y de ser inútil
4. perspectiva sombría del futuro
5. pensamientos y actos suicidas o de autoagresión
6. trastornos del sueño
7. pérdida del apetito

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no responde a cambios ambientales.

* Episodio depresivo leve
  - sin síntomas somáticos
  - con síntomas somáticos
* Episodio depresivo moderado
  - sin síntomas somáticos
  - con síntomas somáticos
* Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
* Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
  - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
  - con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
* Otros episodios depresivos
* Episodios depresivos sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION

GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.4) Trastornos Depresivos Recurrentes

Se trata de un trastorno caracterizado por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía.

La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables.

En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar. Los episodios suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes.

Un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido.

En estos trastornos se incluyen episodios recurrentes de:
reacción depresiva - depresión psicógena - depresión reactiva - trastorno afectivo estacional - depresión endógena - depresión vital - episodios recurrentes de depresión mayor, depresión psicótica, psicógena o psicosis depresiva reactiva.

* Episodio actual depresivo leve
  - sin síntomas somáticos
  - con síntomas somáticos
* Episodio actual depresivo moderado
  - sin síntomas somáticos
  - con síntomas somáticos
* Episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
* Episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
  - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
  - con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
* Trastorno depresivo recurrente con el estado de ánimo
* Otro trastorno depresivo recurrente
* Trastorno depresivo recurrente sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION

GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.5) Trastornos del Humor (afectivos) Persistentes

Son trastornos persistentes del estado de ánimo que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez intensos.

Dado que duran años, en algunos casos toda la vida del sujeto, suelen presentar un considerable malestar y una serie de incapacidades.

* Ciclotimia
* Distimia
* Otro trastorno del humor (afectivo) persistente
* Trastornos del humor (afectivo) persistente sin especificación

C.6) Trastornos del Humor (afectivos) sin Especificación

Se utiliza esta categoría sólo en última instancia, cuando no se puede usar ningún otro término.

Incluye psicosis afectivas sin especificación.

Para estos trastornos del humor (afectivos) tanto persistentes como sin especificación, se establecen los siguientes grados:

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.
En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D) TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

Estos tres tipos de trastornos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de Neurosis, y porque muchos de ellos están en relación con la presencia de motivos psicológicos.

En el C.I.E. 10 el concepto de Neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado en permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún considerar como neuróticos, en un sentido particular del término.

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellos son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina.

D.1) Trastornos de Ansiedad Fóbica

Se trata de un grupo de trastornos en los que la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos externos que no son en sí mismo peligrosos. Estos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor.

La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportal, ni fisiológicamente de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico.

La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo. La ansiedad fóbica suele empeorar durante un episodio depresivo intercurrente.

* Agorafobia
  - sin trastorno de pánico
  - con trastorno de pánico
* Fobias sociales
* Fobias específicas (aisladas)
* Otros trastornos de ansiedad fóbica
* Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.
En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.2) Otros Trastornos de Ansiedad

Son trastornos en los que el síntoma principal es la presencia de ansiedad no limitada a ninguna situación ambiental en particular.

También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso, algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

* Trastorno de pánico
  - moderado
  - grave
* Trastorno de ansiedad generalizada
* Trastorno mixto ansioso-depresivo
* Otro trastorno mixto de ansiedad
* Otro trastorno de ansiedad especificado
* Trastorno de ansiedad sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.
En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.3) Trastorno Obsesivo - Compulsivo

Lo esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (el término "obsesivo" reemplazará a "obsesivo compulsivo").

Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez la actividad mental del individuo de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (son percibidos como carentes de sentido); el que los sufre suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son percibidos como pensamientos propios a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Para el diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días, al menos durante dos meses, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos.

Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:
1. deben ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios
2. debe presentarse una resistencia ineficaz
3. la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismo placenteros
4. los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos
   * Con predominio de pensamientos y rumiaciones obsesivas
   * Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
   * Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
   * Otro trastorno obsesivo-compulsivo
   * Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.4) Reacciones a Estreses Graves y Trastornos de Adaptación

Esta sección se diferencia de las otras porque incluye trastornos que se identifican no sólo con la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biológico o la presencia de un cambio vital significativo, que den lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación.

Las reacciones de estreses graves y los trastornos de adaptación se presentan en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes.

Los trastornos incluidos en esta sección deben ser considerados como expresión de una mala adaptación a estreses graves o continuados, en la que existe una interferencia con los mecanismos de adaptación normal y que por lo tanto llevan a un deterioro de los rendimientos sociales.

* Reacción a estrés agudo
  - leve
  - moderado
  - grave
* Trastorno de estrés post-traumático
* Trastornos de adaptación
  - reacción depresiva leve
  - reacción depresiva prolongada
  - reacción mixta de ansiedad y depresión
  - con predominio de alteraciones de otras emociones
  - con predominio de alteraciones disociales
  - con alteración mixta de las emociones y disociales
  - otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados
* Otra reacción a estreses graves u otro trastorno de adaptación
* Reacción a estreses graves o trastorno de adaptación sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.5) Trastornos Disociativos (de Conversión)

Se acepta que en los trastornos disociativos se ha perdido la capaci-

dad de ejercer el control consciente y selectivo, pudiendo variar de día en día o de hora en hora.

Estos trastornos habían sido clasificados previamente como diferentes tipos de "histeria de conversión", pero ahora parece lo más conveniente evitar el término "histeria" en la medida de lo posible, debido a que tiene muchos significados distintos.

Los trastornos disociativos descriptos aquí, tienen un origen psicógeno y tienen una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o relaciones interpersonales alteradas.

El término "conversión" implica que sentimientos no satisfechos originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas.

Los enfermos con trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvias para los demás.

Para un diagnóstico seguro de trastornos disociativos deben estar presentes tres características principales:

1. las características clínicas ya especificadas
2. la ausencia, después de las exploraciones clínicas complementarias, de un trastorno somático de cualquier tipo que pudiera explicar los síntomas
3. evidencia de una génesis psicógena

* Amnesia disociativa
* Fuga disociativa
* Estupor disociativo
* Trastornos de trance y de posesión
* Trastornos disociativos de la motilidad
* Convulsiones disociativas
* Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas
* Trastorno disociativo (de conversión) mixto
  - síndrome de Ganser
  - trastornos de personalidad múltiple
  - trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia
  - otro trastorno disociativo (de conversión) especificado
* Trastorno disociativo o de conversión sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.
En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.6) Trastornos Somatomorfos

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aún en los casos en los que realmente estuvieren presentes trastornos somáticos.

El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante tanto para el enfermo como para el médico.

El diagnóstico diferencial con las ideas delirantes hipocondríacas requiere, por lo general, conocer muy bien al enfermo. Incluso en los casos en los que existe una convicción duradera y sostenida, en apariencia contra toda lógica, a corto plazo puede ésta, de alguna manera, ser sensible a razonamientos, a garantías reiteradas y al hecho de llevar a cabo nuevas exploraciones o exámenes adicionales.

* Trastorno de somatización
* Trastorno somatomorfo indiferenciado
* Trastorno hipocondríaco
* Disfunción vegetativa somatomorfa
  - del corazón y sistema cardiovascular
  - del tracto gastrointestinal alto
  - del tracto gastrointestinal bajo
  - del sistema respiratorio
  - del sistema urogenital
  - otra disfunción vegetativa somatomorfa
* Trastorno del dolor persistente somatomorfo
* Otro trastorno somatomorfo
* Trastorno somatomorfo sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.7) Otros Trastornos Neuróticos

* Neurastenia
* Trastorno de despersonalización - desrealización
* Otro trastorno neurótico especificado
* Trastorno neurótico sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.
La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.
Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.
El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.
La comunicación es posible o está comprometida.
La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

E) TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADO A DISFUNCIONES FISIOLOGICAS

E.1) Trastornos de la Conducta Alimentaria

En estos trastornos se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad, relacionados con alteraciones psicológicas. Así mismo incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

* Anorexia nerviosa
* Anorexia nerviosa atípica
* Bulimia nerviosa
* Bulimia nerviosa atípica

F) TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUERPERIO NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR

Se clasifican aquí sólo los trastornos mentales en el puerperio (con comienzo en las seis semanas posteriores al parto) y que no están clasificados en otras secciones del Baremo.

Por lo general se clasifican según el tipo de trastorno mental (generalmente del humor o enfermedades mentales y del sistema nervioso complicadas con el puerperio).

* Trastorno mental leve asociado con el puerperio
  - depresión post natal
  - depresión post parto
* Trastorno mental grave asociado con el pueperio
  - psicosis puerperal
* Otro trastorno mental en el puerperio no especificado

GRADO I - Cuando los trastornos son tratados adecuadamente, se obtiene una remisión total; es poco incapacitante.
La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.
Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II - Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de los tratamientos. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.
La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.
La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III - Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.
La eficiencia social está comprometida en diversos grados.
En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.
El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.
La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.
La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.
El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 30%**
GRADO III	**31 a 60%**
GRADO IV	**> a 61%**

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.
En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

G) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

Comprende una diversidad de afecciones y rasgos conductuales significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y especialmente se relaciona con los demás.

Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de deterioro de la actuación social.

G.1) Trastornos Específicos de la Personalidad

Son alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños u otros trastornos del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico.

Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad.

G.1.1) Trastornos Paranoides de la Personalidad

Caracterizados por sensibilidad excesiva de los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, mal interpretando las acciones neutras y amistosas de los demás como si fueran hostiles o despreciativas.

Hay un sentido agresivo y tenaz de los derechos personales.

Personalidad:
* Expansivo Paranoide
* Fanática
* Paranoide
* Querellante
* Sensitivo Paranoide

G.1.2) Trastorno Esquizoide de la Personalidad

Se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por las fantasías, las actividades solitarias y la introspección.

G.1.3) Trastorno Asocial de la Personalidad

Caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás.

Hay disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas sociales.

La conducta no se modifica a través de la experiencia adversa. Baja tolerancia a las frustraciones. Hay tendencia a culpar a los demás.

Personalidad:
* Amoral
* Antisocial
* Asocial
* Psicopática
* Sociopática

G.1.4) Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable

Presentan tendencia a actuar impulsivamente sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales con incapacidad para controlar las explosiones conductuales.

Tendencia al comportamiento pendenciero y generar conflictos con los demás.

Se pueden distinguir dos tipos:
1) el impulsivo que presenta inestabilidad emocional y falta de control de los impulsos
2) el limítrofe que además presenta perturbación de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas. Relaciones interpersonales intensas e inestables, y por tendencia al comportamiento destructivo.

Personalidad:
* Agresiva
* Explosiva
* Limítrofe

G.1.5) Trastorno Histriónico de la Personalidad

Caracterizado por una afectividad superficial y lábil, dramatización de sí mismo, teatralidad, expresión exagerada de las emociones, sugestibilidad, egocentrismo, falta de consideración por los demás, demanda continua de aprecio, estímulo y atención y facilidad para sentirse herido.

Personalidad:
* Histérica
* Psicoinfantil

G.1.6) Trastorno Anancástico de la Personalidad

La personalidad se caracteriza por sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesiva.

Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y rechazados.

Personalidad:
* Compulsiva
* Obsesiva
* Obsesivo - Compulsiva

G.1.7) Trastorno de la Personalidad Ansiosa (Evasiva - Elusiva)

Caracterizada por sentimiento de tensión y aprehensión, inseguridad e inferioridad.

Hay un anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

G.1.8) Trastorno de la Personalidad Dependiente

Se caracteriza por dependencia pasiva prevalente de otras personas para tomar decisiones en la vida, tanto las importantes como las menores.

Temor al abandono, sentimiento de desamparo y de incompetencia.

La falta de vitalidad puede hacerse evidente en la esfera emocional o intelectual.

G.1.9) Otros Trastornos Específicos de la Personalidad

Personalidad:
* Excéntrica
* Inmadura
* Narcisista
* Pasivo - Agresiva
* Psiconeurótica
* Tipo Inestable

GRADO I: Comprende los siguientes trastornos de la Personalidad: personalidad ansiosa, dependiente, anancástica, histriónica, esquizoide y otros trastornos, en los cuales la eficiencia social del sujeto es adecuada, trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, adaptado a su entorno.

GRADO II: Incluye los trastornos de personalidad paranoide, trastorno asocial de la personalidad y la personalidad emocionalmente inestable. La eficiencia social del sujeto es relativamente satisfactoria; puede ejercer una actividad laboral; es autónomo para los actos de la vida cotidiana; tiene capacidad para el manejo de sí mismo; la dependencia con otras personas, si existe, no reviste un carácter patológico.

VALORACION DEL MENOSCABO	
GRADO I	**< a 15%**
GRADO II	**16 a 40%**

IMPEDIMENTO NEOPLASICO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos de las personas portadoras de una enfermedad neoplásica y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad neoplásica produce en la capacidad de trabajo, será considerada una vez diagnosticada la enfermedad, luego o durante (según el genio de la enfermedad) los tratamientos oncológicos específicos o después de transcurrido un tiempo prudencial.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios complementarios. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes o informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios complementarios pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo-patológicos.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Se incluyen en este capítulo todas las neoplasias del organismo, a excepción de las neoplasias del sistema nervioso y las afecciones hemato-oncológicas y la endócrina (salvo páncreas y suprarrenales), las cuales se valoran en los capítulos correspondientes.

Las neoplasias de cualquier origen que **no** muestren evidencias clínicas y o paraclínicas de enfermedad actual (no especificamos período), podrán ser cuantificadas en forma exclusiva o no en relación al daño anátomo-funcional producido en el sistema o aparato correspondiente, quedando a criterio del médico perito actuante la consideración del menoscabo oncológico (como segundo ítem) en el porcentaje global de incapacidad. Para ello se deberá tener en cuenta tipo y localización de neoplasia, estadificación al momento del diagnóstico, probabilidad estadística de recaída a corto y o mediano plazo, tipos de tratamientos recibidos, etc. Del análisis de estos factores surgirá la posibilidad de incluirlo en una clase superior.

En la actualidad, el diagnóstico de enfermedad neoplásica, no significa por sí mismo invalidez. El paciente con cáncer puede atravesar distintas etapas a lo largo de su enfermedad, determinando cada una de ellas necesidades desde el punto de vista psicofísico. Indudablemente la repercusión en lo que hace a los aspectos laborales de cada una de las personas afectadas es variable, debiéndose considerar el tipo de tumor, el tratamiento recibido, el estadío clínico, y el estado psíquico del paciente. Estos parámetros se relacionan directamente con la tarea que desempeña el trabajador y con el medio ambiente laboral.

Se adjuntan clasificación por extensión (TNM), clasificación por estadíos y escala de valoración de Karnofsky, a fin de ser usadas como indicadores para la asignación del menoscabo.

CLASIFICACION POR EXTENSION (TNM)

T: **tumor primitivo (profundidad de la invasión del cáncer)**
Tx: no evaluable
T0: sin evidencia clínica de tumor primitivo
Tis: invasión "in situ"
T1,T2,T3,T4,: de acuerdo al tamaño o extensión local del tumor primario

N: **Metástasis en ganglios linfáticos**
Nx: no evaluable
N0: sin metástasis en ganglios linfáticos
N1,N2,N3: según el compromiso regional de los nódulos linfáticos

M: **Metástasis a distancia (enfermedad metastásica)**
Mx: no evaluable
M0: sin evidencia de metástasis a distancia
M1: con existencia demostrada de metástasis

CLASIFICACION POR ESTADIOS

CARCINOMA OCULTO:	Tx	N0	M0
ESTADIO I	T1	N0	M0
	T1	N1	M0
ESTADIO II	T2	N0	M0
	T2	N2	M0
ESTADIO III	T3	N2	M0
	T4		
ESTADIO IV	cualquier T	cualquier N	M1

Para clasificar el deterioro funcional producido a partir de la lesión neoplásica, es posible la aplicación de los siguientes criterios:

ESCALA DE KARNOFSKY

GRADO 0: con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que desempeñaba previamente.

GRADO I: con restricción al ejercicio físico intenso, pero con capacidad para el trabajo ligero y la deambulación.

GRADO II: con capacidad para valerse por sí mismo y para la deambulación, pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo diurno.

GRADO III: con capacidad limitada para valerse por sí mismo, pasa en cama o sentado más del 50% del tiempo diurno.

GRADO IV: completamente incapacitado.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades oncológicas se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica (los mismos pueden variar de acuerdo con la ubicación de la enfermedad neoplásica en el organismo):

* Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
* Examen clínico
* Evolución cronológica
* Historia laboral
* Exámenes de valoración general (hemograma, VES, etc.).
* Otros exámenes de valoración (fosfatasas ácidas, marcadores tumorales, enzimogramas, etc.).
* Estudios imagenológicos:
  - Radiografías
  - Radiografías contrastadas
  - Ecografías
  - Tomografía axial computarizada
  - Resonancia nuclear magnética
  - Estudios de medicina nuclear
  - Centellografías
  - Otras
* Endoscopías
* Estudios anátomo-patológicos (citología, biopsias, estudios histoquímicos, etc.)

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

Se deben considerar como afecciones que por sí solas producen severo menoscabo oncológico, a aquellas enfermedades de tipo histológico maligno (a ser evaluadas en las Clases III o IV), que por su ubicación o extensión sean inoperables o se encuentren sin posibilidad de control por otros tipos de planes terapéuticos.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO NEOPLASICO

CLASE I **< a 25%**
* Portador de enfermedad neoplásica localizada
* Tis (carcinomas "in situ") ó T1 N0
* Período libre de enfermedad superior o no a dos años.

CLASE II **26 a 50%**
* Portador de enfermedad neoplásica con o sin invasión ganglionar locorregional
* Período libre de enfermedad menor a dos años.

CLASE III **51 a 65%**
* Portador de enfermedad neoplásica con extenso compromiso locorregional (ganglionar o visceral)
* Remisión clínica luego de recaída locorregional o a distancia (M1).
* Escala de Karnofsky: Grado I - II

CLASE IV **> 66%**
* Portador de enfermedad neoplásica
* Escala de Karnofsky: Grado II - III - IV
* Evidencia de metástasis a distancia (Estadio IV - TNM)
* Ausencia de respuesta a los tratamientos oncológicos instituidos
* Ausencia de posibilidad de tratamiento oncológico (con tratamiento sintomático y o paliativo).

En todos los casos se deberá considerar que la estadificación al momento del diagnóstico puede reflejar no sólo la tasa de crecimiento tumoral y la extensión del neoplasma sino que también el tipo de tumor y la relación tumor - huésped.

Para la valoración de revisiones se deberá tomar en cuenta esta tabla y las consideraciones generales expuestas en este capítulo.

LENGUAJE

En este capitulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por los trastornos del lenguaje.

En primer lugar se ofrece una clasificación de los trastornos del lenguaje, ya que previo a la valoración debe partirse de un diagnostico que incluya el pronostico esperable en cada caso y especifique las habilidades conservadas y perdidas en la capacidad de comunicación verbal.

En segundo lugar se establecen las normas sobre como y en que supuestos debe realizarse la valoración de cada trastorno especifico. Posteriormente se determinan los criterios para la asignación del grado de discapacidad para la comunicación verbal y su correspondiente porcentaje.

Cuando en un mismo paciente coexistan limitaciones a varios niveles (lenguaje, habla, voz) será necesario el uso simultáneo de varias Tablas para orientar y facilitar la valoración. No obstante, al final solo deberá existir una única valoración de limitación para la comunicación ocasionada por el conjunto de deficiencias que presente un sujeto.

Entre las posibilidades de presentación simultánea puede darse el caso de que coexista una alteración de la articulación con otra de la voz, pudiendo tener un origen común u obedecer a distinta etiología (ejemplo, disfonía postintubación asociada a disartria por traumatismo craneoencefálico). Estos casos quedan mejor definidos siguiendo la tabla de trastornos de la articulación.

En el caso de afasias que se asocien a trastornos de la voz o articulación, el eje de la valoración deberá centrarse en el cuadro afásico.

I. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE - HABLA - VOZ

I.1 Trastornos del desarrollo del lenguaje

I.1.1 Primarios:
* Dislalia funcional
* Retraso del habla (leve, moderado)
* Retraso del lenguaje (leve, moderado)
* Disfasia (receptiva y o expresiva)

I.1.2 Secundarios a:
* Hipoacusia
* Retraso mental
* Alteración psiquiátrica
* Alteración neurológica (disartria del desarrollo)
* Alteración morfológica (disglosia)

I.2 Trastornos del lenguaje establecido

* Afasias (del adulto o infantiles)
* Hipoacusias postlocutivas
* Asociados a síndromes psiquiátricos
* Asociados a deterioro neuro psicológico (demencias)

I.3 Trastornos que afectan al habla o la voz

* Disfonías
* Disfemias
* Disartrias del adulto

II. NORMAS PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD PRODUCIDA POR LOS TRASTORNOS PRIMARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

II.1 DISLALIA

- En este terreno se presenta una alteración en la emisión de un fonema o grupos de fonemas aislados (ej.: rotacismo).
- Es de carácter leve y pronostico favorable, aunque será conveniente su rehabilitación si se superan edades consideradas limite para la adquisición espontanea y correcta de cada fonema. Por ello, la primera exploración no se hará hasta la edad de cinco años.
- No se considera causa de discapacidad permanente del lenguaje, por lo que una vez confirmado este diagnóstico, "dislalia funcional", no se precisarán nuevas evaluaciones.

II.2 RETRASO LEVE DEL HABLA

- En este trastorno se observa un ligero retraso en la adquisición o maduración del código fonológico. El patrón de errores del habla muestra una escasa desviación respecto a la normalidad.
- La primera exploración puede hacerse después de los tres o cuatro años de edad, debiéndose confirmar a los seis meses de la misma.
- Suele remitir totalmente entre los seis y siete años. Su pronóstico es favorable y su recuperación, incluso sin intervención terapéutica, es completa, por lo que no se considera que cause discapacidad permanente del lenguaje.

II.3 RETRASO MODERADO DEL HABLA

- En este caso el patrón de errores del habla (fonológico y o fonéticos) es claramente patológico, estando la evolución ligada al tratamiento rehabilitador.
- La primera exploración puede hacerse después de los tres o cuatro años, debiéndose confirmar a los seis meses de la misma.
- La inteligibilidad del habla estará marcadamente limitada en edades tempranas, pero es un trastorno transitorio.
- En algunos casos, dentro de esta categoría diagnóstica, puede llegarse a una discapacidad leve pero permanente de la capacidad oral, si coexisten otros factores.
- Esta valoración sería provisional, debiéndose revisar hacia los siete años de edad, en las que el niño habrá superado las dificultades más relevantes, pudiendo persistir escasos errores del habla, sin gran repercusión sobre la inteligibilidad o eficiencia funcional de la expresión oral.
- La valoración de las posibles - pero poco probables - secuelas permanentes de un retraso moderado del habla deberá hacerse en forma definitiva a partir de los catorce años.

II.4 RETRASO LEVE DEL LENGUAJE

- El retraso diagnosticado como leve supone un retardo en la adquisición de la habilidad comprensiva o expresiva, teniendo en cuenta la que correspondería por la edad.
- Su pronóstico es bueno y suele haber una resolución íntegra sin secuelas.
- La primera exploración debe hacerse a la edad más temprana posible a fin de instaurar un precoz tratamiento, debiéndose confirmar el diagnóstico a los seis meses de la primera valoración.

II.5 RETRASO MODERADO DEL LENGUAJE

- Son significativos, sistemáticos y patológicos los errores, limitando la capacidad receptiva y o expresiva. En el caso de estar afectadas las dos vertientes, la limitación en el desarrollo de las habilidades lingüísticas es más acusada e implica una mayor limitación en la comunicación, pudiéndose afectar secundariamente el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño. Para evitar secuelas importantes, debe establecerse un tratamiento temprano.
- Dependiendo del nivel especialmente afectado, se distinguen diferentes sub grupos: fonológico, sintáctico, mixto, semántico - pragmático o léxico - sintáctico.
- La primera exploración deberá hacerse lo antes posible, debiéndose confirmar el diagnóstico a los seis meses de la primera exploración.
- Puede haber remisión total o parcial a los siete años, pero la valoración de las secuelas definitivas deberá hacerse a partir de los catorce.

II.6 DISFASIA

- El término "disfasia", dentro del marco de los trastornos del desarrollo del lenguaje, designa los retrasos más graves y duraderos que de forma sistemática, por su mala evolución, determinan una limitación permanente en el desarrollo cognitivo y en la capacidad para adquirir y manejar otros códigos lingüísticos (lenguaje lecto - escrito).
- Con referencia a este trastorno, se habla de disfunción en los mecanismos o sistemas cerebrales implicados en la comprensión, elaboración y producción del lenguaje.
- En la disfasia receptivo - expresiva el trastorno primario se asienta en la dificultad para la decodificación del mensaje verbal, que suele acompañarse de un déficit equivalente en la expresión. En la disfasia expresiva, la dificultad estriba en una alteración de los mecanismos implicados en la codificación, encontrándose preservada al menos parcialmente, la comprensión.
- Dependiendo del nivel afectado se pueden distinguir diferentes sub tipos: fonológico - sintáctico mixto, semántico - pragmático o léxico - sintáctico. Aunque no sean exactamente trastornos disfásicos, incluimos aquí por su gravedad extrema la agnosia auditivo - verbal y la apraxia del habla. En el primer caso, el proceso alterado es la decodificación fonológica y en el segundo la programación fonológica y codificación del programa motor que sustenta el habla.
- En muchas ocasiones, el niño disfásico tiene un primer diagnóstico de retraso moderado o grave del lenguaje, retardándose hasta los cinco o siete años la confirmación de disfasia.
- Las secuelas permanentes derivadas de este trastorno deben valorarse a partir de los catorce años.

II.7 AFASIA INFANTIL

- Para definir, diagnosticar o valorar esta patología debemos basarnos en la existencia previa de lenguaje antes de producirse el proceso patológico. Es un trastorno del lenguaje consecutivo a una afección objetiva del SNC y producido en un sujeto que ya había adquirido un cierto nivel de comprensión y expresión verbal.
- La evolución de la afasia en el niño depende de la edad en que aparece: si se inicia entre los dieciocho meses y los tres años, desaparece todo resto del sistema lingüístico. La recuperación es igual a la evolución normal del lenguaje, pero más deprisa. Entre los tres y cuatro años, el desorden afásico es rápidamente reabsorbido. Entre los cuatro y diez años, el cuadro clínico es propiamente el de la afasia del niño, con características propias que la diferencian del adulto y sólo desaparece progresivamente. Si se inicia a los diez años, las características son parecidas a las del adulto, teniendo una línea de recuperación semejante.
- La valoración se hará siguiendo los criterios de trastornos del desarrollo del lenguaje hasta la edad de diez años. Si el cuadro se inicia con posterioridad, se aplicarán los criterios de afasia en el adulto.

II - A. NORMAS PARA LA VALORACION DE LOS TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

II-A.1 Secundario a Hipoacusia

La gravedad del trastorno dependerá de los siguientes factores:

* Nivel de pérdida auditiva

* Edad de aparición de la sordera:

Se diferencian tres tipos de sordera dependiendo de la edad de aparición:

- p*relocutivas* cuando se inician antes del desarrollo del lenguaje es decir, antes de los dos años de edad.
- *perilocutivas* cuando se inician durante el desarrollo del lenguaje, entre los dos o cinco o seis años.
- *poslocutivas* serían las sorderas que se inician tras la consolidación del lenguaje, después de los seis años de edad.

Dentro de las prelocutivas debemos a su vez distinguir las congénitas de las adquiridas, ya que observan diferencias en la evolución del deficiente auditivo, según haya o no tenido experiencia auditiva antes de los dos años.

En general, el inicio tardío de la hipoacusia y la existencia de restos auditivos aprovechables durante los primeros años van a marcar diferencias muy importantes en la evolución.

* Diagnóstico precoz y tratamiento instaurado:

El diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento protésico, rehabilitador y educativo adecuados mejoran notablemente el pronóstico. Deberá instaurarse un tratamiento que permita al niño acceder lo más pronto posible a un código lingüístico (oral o gestual) y valorar la posibilidad de aplicar ayudas protésicas convencionales o implantes cocleares.

* Nivel intelectual y existencia de otras deficiencias asociadas.

* Entorno socio - familiar y comunicativo:

- Debido a la influencia de tantas variables, es imposible considerar de forma global e indiferenciada la valoración de la discapacidad comunicativa asociada a hipoacusias, por lo que se hará individualizadamente.
- La discapacidad derivada del deficiente desarrollo auditivo deberá combinarse con la originada por la hipoacusia.
- Aunque la confirmación diagnóstica de la sordera puede ser temprana, la determinación del nivel de pérdida auditiva y el aprovechamiento protésico requiere un tiempo evolutivo. Por ello, antes de los catorce años, las valoraciones serán provisionales. Después de esa edad, podemos considerar que las repercusiones en la expresión oral o escrita de una hipoacusia son definitivas o secuelas estables.

  La evolución más frecuente de una sordera profunda prelocutiva es hacia una discapacidad del desarrollo del lenguaje expresada en una importante limitación para comprender o expresarse.

  La valoración de la discapacidad para la comunicación verbal en sorderas postlocutivas del adulto se hará aplicando los criterios descriptos en la **Tabla 2**.

  A la discapacidad derivada del deficiente desarrollo lingüístico deberá combinarse la derivada de la hipoacusia.

II-A.2 Secundario a alteración neurológica (encefalopatía): Disartria del desarrollo

- En las encefalopatías pueden presentarse alteraciones motoras, cognitivas o intelectivas, auditivas, etc., pudiendo influir cada una de ellas en el desarrollo del lenguaje. Por ello, la posible asociación de diferentes complicaciones muestra una gran variabilidad de unos pacientes a otros, debiéndose efectuar la valoración de forma individualizada.
- El porcentaje de discapacidad originada por deficiencias del lenguaje se combinará con el derivado de otras deficiencias neurológicas, si las hubiere, siguiendo los criterios descriptos en el capítulo correspondiente a Sistema Nervioso.
- Cuando la encefalopatía afecta exclusivamente a nivel motor, encontraremos un lenguaje disártrico. En el niño la disartria adquiere una mayor relevancia, por ello se usa el término "disartria del desarrollo". En algunos casos y a nivel de lenguaje éste puede ser el único síntoma, pero lo más común es que se asocie a un retraso secundario del desarrollo del lenguaje.
- Si la expresión clínica de la encefalopatía cursa con retraso mental, la valoración se hará de forma global aplicando los criterios expuestos en los capítulos correspondientes.
- En el caso que la valoración se lleve a cabo en un adulto, con sólo trastorno del habla secundario a una encefalopatía perinatal, se aplicarán las tablas de valoración de trastornos del habla - articulación (**Tabla 4**).
- Como en el niño es difícil discernir si detrás de un mismo error de articulación se encuentra una lesión neurológica (disartria) o sólo un retraso en la adquisición de habilidades motrices necesarias para producir un sonido, la primera evaluación de la discapacidad por trastorno disártrico se efectuará a partir de los seis años de edad, confirmando el diagnóstico a los seis meses de la misma. Esta primera evaluación será provisional, debiéndose esperar hasta los catorce años para valorar las secuelas permanentes.

II-A.3 Secundario a alteración morfológica: disglosia

- Las disglosias son alteraciones del habla o en su caso del lenguaje, secundarias a alteraciones morfológicas de órganos articulatorios. Teniendo en cuenta las técnicas actuales, la mayoría de los casos mejorarán tras el tratamiento quirúrgico y rehabilitador.
- Cada malformación o deformidad (labio leporino, fisura palatina, fisura submucosa, velo corto, maloclusiones dentarias) determinará una alteración fonética.
- Cuando la patología morfológica es relevante, de inicio pre o perilocutivo y sin un tratamiento correcto, puede haber repercusión a nivel fonológico, uniéndose al trastorno fonético un posible retraso del habla.
- Unicamente en malformaciones graves y no tratadas o cuando se añaden otros factores individuales o sociales, podría afectarse el desarrollo del lenguaje, con repercusiones a nivel sintáctico, semántico o pragmático. En este caso, tendríamos que considerar el trastorno del habla y del lenguaje para la valoración de la discapacidad.
- Para la evaluación en adultos, se aplicarán los criterios descriptos en la **Tabla 4**.
- Como caso particular, en un paciente adulto con disglosia que, de forma altamente improbable (sólo por asociación de factores limitantes), presente limitación en su desarrollo lingüístico, habría que aplicar los criterios de valoración del desarrollo del lenguaje.
- Siempre habría que considerar si se han tomado todas las medidas terapéuticas y rehabilitadoras antes de efectuar una valoración de discapacidad permanente.

III. TRASTORNO DEL LENGUAJE ESCRITO

Se considera que la limitación de la lecto - escritura forma parte del trastorno del lenguaje, pudiendo ser secuela de retrasos en el desarrollo del lenguaje o disfasias. Al considerarse un síntoma dentro de un síndrome, no requerirá valoración específica.

Los trastornos adquiridos del lenguaje escrito suelen acompañar a las afasias y se valoran como trastornos del lenguaje establecido.

III.1 NORMAS PARA LA VALORACION DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE ESTABLECIDO

AFASIAS

- La afasia es un trastorno del lenguaje, como forma de la función simbólica, que puede afectar tanto a la expresión como a la comprensión verbal o gráfica (lecto - escritura). La valoración de la discapacidad lingüística se sustentará en los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas para el diagnóstico de la afasia.
- Las áreas básicas sujetas a la valoración de un paciente afásico son: Expresión oral, comprensión oral, comprensión del lenguaje

escrito y escritura. La áreas exploradas deberán ser las siguientes:

1 - fluidez
2 - comprensión auditiva
3 - denominación
4 - repetición
5 - habla automatizada
6 - lectura y escritura

A través de esta exploración deberá identificarse la forma clínica de la afasia.

- La valoración sólo se dará como definitiva al año de haberse instaurado el cuadro afásico, salvo en pacientes mayores de 65 años, en los que puede establecerse la discapacidad permanente a los tres meses.
- Todo paciente afectado de una lesión cerebral (traumática, vascular, tumoral, etc.) puede manifestar alteraciones conductuales o alteraciones de las actividades mentales superiores, por lo que deberá ser explorado en este sentido.
- En el caso de trastornos afásicos secundarios a traumatismos craneoencefálicos, procesos vasculares, tumorales, etc., en los que la alteración afásica es el núcleo del problema, será necesario combinar esta discapacidad a otras posibles discapacidades neurológicas, según las normas expuestas en el capítulo Sistema Nervioso.
- Los cuadros afásicos pueden formar parte de un síndrome de deterioro neuropsicológico, en cuyo caso la valoración de la discapacidad se deberá establecer en base al trastorno del que forma parte. En estos casos, las tablas de valoración de los trastornos afásicos serán sólo orientativas.

Sordera postlocutiva

- Aunque el período sensible para el desarrollo del lenguaje se sitúa en torno a los cinco años, consideraremos que la sordera profunda postlocutiva aparecida antes de los catorce años se valorará como trastorno del desarrollo del lenguaje, como sordera pre o perilocutiva. Por encima de los catorce años, se aplicará la **Tabla 2**.
- La valoración se hará siempre de forma individualizada, ya que cada paciente tiene una propia adaptación a su sordera, teniendo ésta diferente repercusión sobre la capacidad de comunicación.

Trastornos del lenguaje asociados a síndromes psiquiátricos o neuropsicológicos (demencias)

- En estos casos la valoración se hará según los criterios del capítulo "Impedimento en Salud Mental".

IV. NORMAS PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD POR TRASTORNOS QUE AFECTAN AL HABLA O LA VOZ

DISFONIAS

- Se habla de disfonía cuando únicamente se encuentran alteradas las características acústicas de la voz: intensidad, tono o timbre. La falta total de emisión vocal sonora se denomina afonía. Pueden ser orgánicas, funcionales o psicógemas.
- No serán valorables aquellas disfonías hiperfuncionales aisladas de carácter mecánico por mala técnica vocal.
- Dentro de las disfonías orgánicas las limitaciones más graves son las derivadas de laringuectomías totales o parciales. La discapacidad no sólo depende de la lesión, sino de los tratamientos paliativos: erigmofonía, fístulas fonatorias, utilización de medios técnicos paliativos (electrolaringe), que deberán haber sido empleados antes de realizar la valoración de discapacidad permanente. La discapacidad para la comunicación verbal deberá ser combinada con la valoración otorrinolaringológica..
- Entre las disfonías psicógenas merece especial mención la "disfonía espástica", especialmente resistente al tratamiento. En casos avanzados de la enfermedad el paciente emite las palabras con gran esfuerzo y dificultad y la voz llega a ser muy débil o áfona.
- Una vez considerados estos trastornos como permanentes, habiéndose aplicado las medidas terapéuticas y rehabilitadoras, la discapacidad que derive se valorará según los criterios especificados en la **Tabla 3.**

Trastornos de la fluidez: Disfemia / tartamudez

- Para considerar que un sujeto padece este trastorno, deberán coexistir tres aspectos junto a la falta de fluidez: Tensión muscular excesiva durante el habla y ritmo respiratorio inadecuado; ansiedad ante ciertas situaciones de comunicación social, y expectativa negativa del sujeto tartamudo ante su habilidad en la dicción. Se suman, pues, factores fisiológicos, psicológicos y situacionales.
- Por tanto, para valorar la tartamudez será preciso atender a varios niveles: fluidez, tensión muscular y actitud ante la comunicación.
- No deberá abordarse la valoración de la discapacidad asociada a la tartamudez antes de los catorce años.
- Previamente a la valoración deberán haberse agotado todas las medidas terapéuticas.
- Dado que la conciencia del trastorno y la valoración negativa de la dicción pueden tener una repercusión negativa (diagnosogenia), deberá consultarse al especialista la posible repercusión negativa de la valoración del trastorno como una discapacidad.
- Si la tartamudez forma parte de enfermedades neurológicas que cursan con disartria o afasia, limitación intelectiva o trastorno del desarrollo del lenguaje, la valoración se hará siguiendo los criterios de estos apartados.
- La valoración de la disfemia tartamudez se hará siguiendo los criterios descriptos en la **Tabla 4** (habla - articulación). En el caso de tartamudez muy grave, se asignaría una discapacidad de Grado II B (24 - 35%) de Discapacidad para la C.V.

Disartrias y disglosias del adulto

- Las disartrias son alteraciones del habla debidas a trastornos del control neuromuscular de los mecanismos de expresión del lenguaje. La lesión puede por tanto estar a nivel del Sistema nervioso, Sistema nervioso periférico o en el propio músculo.
- La valoraciópn de la disartria estará ligada al carácter de la lesión neuromuscular que la originó. Así, en lesiones no evolutivas, secuelas de TCE, secuelas de ACVA, etc., podrá hacerse una valoración provisional una vez pasada la fase aguda, pero la valoración definitiva se efectuará tras un año de evolución.
- Sin embargo, las disartrias secundarias a enfermedades neurológicas progresivas o degenerativas (esclerosis múltiple, ELA, Parkinson, etc.), exigen una valoración periódica o tras cada nuevo episodio de reagudización.
- En todos estos casos en que el trastorno del lenguaje sea un síntoma más dentro de un síndrome neurológico, la valoración se hará según lo especificado en el capítulo Sistema Nervioso.
- El tratamiento rehabilitador en las disartrias sólo compensa parcialmente, pudiendo ser suficiente la aplicación del mismo durante seis meses para proceder a la valoración de discapacidad permanente.
- La valoración se hará siguiendo los criterios de la **Tabla 4** (habla - articulación).

DISGLOSIAS

- Son alteraciones en la producción de fonemas por alteración morfológica de los órganos articulatorios y órganos periféricos del habla. Aunque sean previsibles las dificultades fonético articulatorias que deriven de un trastorno anatómico, deben tenerse en cuenta las posibilidades de adaptación funcional de cada paciente, por lo que la valoración se efectuará individualizadamente y no sólo siguiendo la lesión.
- Teniendo en cuenta que las alteraciones del habla en las disglosias están determinadas exclusivamente por la deformidad o ausencia de órganos articulatorios, el tratamiento quirúrgico es casi siempre una solución eficaz. Por ello, para proceder a la valoración deberán haberse agotado las medidas quirúrgicas, protésicas y rehabilitadoras.
- Las disglosias que incidan durante el desarrollo del lenguaje pueden alterar el proceso de adquisición del mismo, por lo que deberán valorarse como trastorno del desarrollo del lenguaje.
- Las disglosias más graves en la actualidad, son las debidas a procesos tumorales que exigen amplias resecciones quirúrgicas. En estos casos esta discapacidad se combinará a las coexistentes propias del proceso tumoral..
- La valoración de la discapacidad secundaria a disglosias se hará siguiendo los criterios expuestos en la **Tabla 4.**

V. CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

La discapacidad para la comunicación verbal en los trastornos del desarrollo del lenguaje debe valorarse conforme a los criterios expuestos en el Capítulo "RETARDOS MENTALES, TRASTORNO DEL DESARROLLO, DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES".

A continuación se incluyen las Tablas que deben manejarse para la valoración de las restantes discapacidades para la comunicación verbal.

TABLA Nº 1

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL GRADO DE DISCAPACIDAD DE LAS DISFUNCIONES DE LA COMUNICACION

Clase I **< a 25%**
Limitación LEVE O MINIMA

* Existe mínimo deterioro observable en el habla, pudiendo presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.
* La dificultad de compresión es leve para expresión compleja.
* La escritura puede estar deformada pero es legible. El relato escrito puede presentar errores gramaticales.
* Existe dificultad en la compresión de oración y textos complejos.

Clase II **26 - 40%**
Limitación MODERADA

* Pérdida de la fluidez del habla sin limitación significativa de su forma de expresión.
  Puede tener dificultad para encontrar la palabra adecuada, el discurso puede ser impreciso y a la vez la articulación lenta torpe y distorsionada. Se hace difícil la intelegibilidad en ambientes ruidosos.
* La dificultad de compresión se hacen patentes. Los problemas pueden ser compensados con la ayuda de un interlocutor o diferentes estrategias utilizadas por el paciente.
* La escritura se limita a una o mas frases o consigna una lista extensa (cinco o más) de palabras de significado.
* Muestra dificultad de compresión en lectura de oraciones simples.

Clase III **41 - 65%**
Limitación SEVERA

* La reducción del habla y o la compresión hacen sumamente difícil la comunicación. Toda conversación que se aleja de temas familiares o que estén fuera de contexto será imposible de mantener.
* Solo puede emitir palabras aisladas o frases cortas, o la intensidad de la voz es tan débil que apenas lo oye un oyente cercano.
* Lo gráfico apenas es legible y la escritura se limita a palabras mal deletreadas, aisladas sin estructuración de la frase.
* Dificultad para la lectura de palabras aisladas.

Clase IV **> 66%**
Limitación GRAVE

* Existe fracaso al expresar una idea ya que su lenguaje se ve reducido a palabras mal emitidas pudiendo llegar a ausencia total del habla o produciendo estereotipos verbales.
* La compresión está muy limitada, reduciéndose a tareas de designación y compresión de órdenes.
* En casos más graves el paciente es incapaz de realizar ordenes sensible o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes.

TABLA 2: GRADOS DE DISCAPACIDAD PARA LA COMUNICACION VERBAL EN SORDERAS POSTLOCUTIVAS DEL ADULTO

GRADO I - **mínima limitación para la recepción - articulación** **< a 6%**

- El paciente es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en LA MAYORIA de las situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral. El habla puede presentar leves alteraciones en la articulación o en la prosodia, pero no llega a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Aprovecha la ayuda protésica convencional y puede mantener una conversación con propios y extraños si se tiene en cuenta su problema.

GRADO II - **moderada limitación para la recepción - articulación** **7 a 14%**

- El paciente es capaz de expresar con claridad y comprender los mensajes en MUCHAS de las situaciones normales de comunicación de cada día con el lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones en la articulación y en la prosodia, pero no llega a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Complementa con lectura labial y otras estrategias de tal manera que es capaz de mantener con esfuerzo una conversación con propios y extraños sobre temas conocidos, siempre que el hablante tenga en cuenta su problema.

GRADO III - severa limitación para la recepción - articulación **15 a 20%**

- El paciente puede expresar con claridad y comprender los mensajes en ALGUNAS de las situaciones normales de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan levemente la inteligibilidad.
- Si utiliza implante coclear, le permite mantener una conversación con personas conocidas en ambientes adecuados que tengan en cuenta su limitación.
- Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

GRADO IV - grave limitación para la recepción - articulación **21 a 27%**

- Puede expresar y comprender los mensajes en POCAS situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y la prosodia que dificultan de forma relevante la inteligibilidad en circunstancias desfavorables.
- Si utiliza un implante coclear, le permite con dificultad, y de forma limitada mantener una conversación con personas conocidas en ambiente adecuado, apoyándose en lectura labial, sobre temas conocidos y siempre que se tenga en cuenta su limitación.
- Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse con limitaciones en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades graves para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.

GRADO V - muy grave limitación para la recepción - articulación **28 a 35%**

- El paciente no es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en NINGUNA de las situaciones normales de comunicación de cada día, con lenguaje oral o gestual. No es posible conseguir un mínimo rendimiento del tratamiento protésico y el paciente; si utiliza el gesto en su comunicación, sólo le sirve para referirse a aspectos concretos estrechamente ligados al contexto en el entorno lingüístico que le es afín.

TABLA 3: GRADOS DE DISCAPACIDAD SECUNDARIOS A TRASTORNOS DE LA VOZ

GRADO I - limitación mínima **< a 6%**

- Ronquera, monotonía, etc., que no limita la eficacia de la emisión vocal para la comunicación.
- Puede que exija esfuerzo

GRADO II - limitación moderada 7 a 14%

- Fatiga fácil, voz siempre alterada
- Especial dificultad en ambientes ruidosos comunes
- Buena inteligibilidad en ambiente adecuado
- Tiempo de fonación menor de cinco segundos

GRADO III - limitación severa 15 a 20%

No puede hacerse oír en ambientes ruidosos

- Puede con dificultad hacerse oír en ambientes normales, cortos períodos de tiempo.
- La voz erigmofónica u otros métodos técnicos alternativos permiten una emisión eficaz. (hay que tener en cuenta que al paciente laringectomizado que usa erigmofonía u otras técnicas alternativas, habrá que combinar a ésta otras discapacidades que deriven de su deficiencia laríngea y al traqueostoma, según criterios descriptos en el capítulo ORL)

GRADO IV - limitación grave 21 a 27%

- Voz siempre áfona, entrecortada y con esfuerzo
- Tiempo de fonación de uno o dos segundos, que apenas permite emisión incluso áfona de palabras aisladas
- La voz erigmofónica u otros métodos alternativos apenas compensan la limitación, pudiendo sólo emitir palabras aisladas con ruido y esfuerzo

GRADO V - limitación muy grave 28 a 35%

- No puede emitir ningún sonido articulado sonoro. (Sería el caso de un paciente con largingectomía total que no consigue emisión erigmofónica de monosílabos, y no puede usar electrolaringe por empastamiento y edemas de tejidos cervicales)

TABLA 4: GRADOS DE DISCAPACIDAD SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL HABLA - ARTICULACION

GRADO I - mínima limitación < a 6%

- Puede ejecutar la mayoría de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad, aunque le pueda significar cierto esfuerzo o pueda tener dificultades para producir algunas unidades fonéticas o mantener una velocidad eficaz. En ocasiones el oyente puede precisar que el paciente repita.

GRADO II - limitación moderada 7 a 14%

- Puede ejecutar muchos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad, aunque el habla es casi continuamente débil, imprecisa, lenta o interrumpida de tal manera que se hace difícil la inteligibilidad en los ambientes ruidosos comunes en la vida normal (estaciones, restaurantes, vehículos, etc.). Le entienden propios y extraños en ambientes normales) conversaciones en grupos no numerosos, conversaciones reposadas y en entornos sin ruido excesivo)

GRADO III - limitación severa 15 a 20%

- Puede ejecutar algunos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad, aunque tienen considerables dificultades para hacerse entender en ambientes ruidosos, se cansa rápidamente y apenas puede mantener una articulación fluida, audible e inteligible por breves períodos de tiempo. Puede conversar con personas conocidas, pero los extraños le entienden con dificultad incluso en ambientes normales.

GRADO IV - limitación grave 21 a 27%

- Puede ejecutar pocos de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad. Sólo puede emitir palabras aisladas o frases cortas, o la intensidad es tan débil que apenas le oye un oyente cercano, o la articulación es tan imprecisa que solamente se le entienden expresiones ligadas al contexto.

GRADO V - limitación muy grave 28 a 35%

- No puede ejecutar ninguno de los actos articulatorios necesarios para la comunicación oral de cada día con la suficiente intensidad, claridad, velocidad y facilidad.

OIDO, GARGANTA Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de las discapacidades provocadas por pérdidas de audición, alteraciones del equilibrio y enfermedades tumorales con asiento en los órganos ORL.

En primer lugar se establecen las normas de carácter general para la valoración de la deficiencia producida por estos trastornos. En segundo lugar se determinan los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad que corresponde a cada caso.

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR PERDIDA DE AUDICION, ALTERACION DEL EQUILIBRIO Y PATOLOGIA TUMORAL

PERDIDA DE AUDICION

1. Ultimamente serán objeto de valoración los trastornos permanentes de la audición.

2. El porcentaje de deficiencia por pérdida auditiva se basará en la pérdida de audición binaural.
   La disminución de la audición se mide valorando la pérdida en decibelios en las cuatro frecuencias en que habitualmente se desarrolla la comunicación humana: 500, 1.000, 2.000 y 3.000 Hz.

3. Cuando al paciente le haya sido aplicado un implante coclear, la valoración de la deficiencia se realizará de acuerdo con la función auditiva residual que presente una vez concluida la rehabilitación, teniendo en cuenta que el porcentaje de discapacidad asignado nunca podrá ser inferior al 33%.

4. La presencia de acúfenos se valorará según los criterios establecidos en este capítulo para la pérdida auditiva, si se acompañan de hipoacusia.
   Si no existe pérdida auditiva, se valorará únicamente la repercusión psicológica en caso de que ésta exista.

5. El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia auditiva será combinado con el que corresponda a la deficiencia del lenguaje, en el caso de que ésta exista.

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

1. Serán objeto de valoración los pacientes que presenten sensación vertiginosa acompañada de signos objetivos de alteración vestibular, siendo el nistagmo el dato objetivable fundamental.
2. En las enfermedades vertiginosas que cursan en crisis, la mayor o menor frecuencia con que éstas aparecen condiciona el grado de interferencia en las actividades de la vida diaria, por lo que el número de crisis se incluye como criterio para la asignación del porcentaje de discapacidad. Estas crisis deberán estar documentadas médicamente.
3. Con cierta frecuencia la patología vestibular va acompañada de pérdida de audición. En estos casos, deberán ser combinados los porcentajes de discapacidad originados por cada una de estas deficiencias.

PATOLOGIA TUMORAL

1. La valoración de pacientes diagnosticados de neoplasia cervicofacial se realizará de acuerdo con las normas generales que aparecen en el capítulo correspondiente a Neoplasias.
2. El porcentaje de Discapacidad consecuente a deficiencias específicas ORL, como, por ejemplo, las deglutorias y las derivadas de la existencia de una traqueotomía permanente, deberán combinarse con el atribuido a Neoplasia.

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR DEFICIENCIA AUDITIVA

En primer lugar, se exponen las pautas para la estimulación de la pérdida auditiva monoaural, según el nivel de audición (Tabla 1).

En segundo lugar, se determinan los criterios para la valoración de la deficiencia binaural, expresada en porcentajes de pérdida auditiva (Tabla 2).

Por último, se establece la correspondencia entre la deficiencia de audición y el porcentaje de discapacidad originado por esta deficiencia (Tabla 3).

PERDIDA DE AUDICION MONOAURAL

No se considerará pérdida auditiva cuando el umbral de audición sea de 25db o menor. A partir de esta cifra, a cada db de pérdida se le aplicará un porcentaje del 1.5% de disminución de audición; por lo tanto, una hipoacusia con un nivel de audición de 91.7 db se considerará ya una pérdida del 100%.

Para la determinación de la pérdida de audición monoaural se sumarán los umbrales de audición en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 3.000, obteniéndose por medio de la **Tabla 1** las correspondencias, en porcentajes, de pérdida auditiva.

Tabla 1:
Conversión del nivel de audición en porcentaje de pérdida auditiva monoaural

SNDA	%	SNDA	%	SNDA	%	SNDA	%	SNDA	%
100	0.0	155	20.6	210	41.2	265	61.9	320	82.5
105	1.9	160	22.5	215	43.1	270	63.8	325	84.4
110	3.8	165	24.4	220	45.0	275	65.6	330	86.2
115	5.6	170	26.2	225	46.9	280	67.5	335	88.1
120	7.5	175	28.1	230	48.9	285	69.3	340	90.0
125	9.4	180	30.0	235	50.5	290	71.2	345	90.9
130	11.2	185	31.9	240	52.5	295	73.1	350	93.8
135	13.1	190	33.8	245	54.4	300	75.0	355	95.6
140	15.0	195	35.6	250	56.2	305	76.9	360	97.5
145	16.9	200	37.5	255	58.1	310	78.8	365	99.4
150	18.8	205	39.4	260	60.0	315	80.6	368ó>	100.0

PERDIDA DE AUDICION BINAURAL
Se determinará por la formula siguiente:

$$\frac{5x(\%\ \text{pérdida en el mejor oído}) + \%\ \text{pérdida en el peor oído}}{6}$$

Derivada de esta fórmula se obtiene la Tabla 2, en la que se considera la suma de umbral de las frecuencias antes citadas en el mejor y peor oído. La conversión del porcentaje de deficiencia auditiva binaural en porcentaje de discapacidad se obtendrá aplicando la Tabla 3.

Tabla 2:
Correspondencia entre la pérdida binaural y el porcentaje de discapacidad

% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad
0-1,6	1	16,1-17.6	11	32,6-35	21	59,6-64	31
1,7-3,2	2	17,7-19,2	12	35,1-37,5	22	64,1-68,5	32
3,3-4,8	3	19,3-20,8	13	37,6-40	23	68,6-73	33
4,9-6,4	4	20,9-22,4	14	40,1-42,5	24	73,1-77,5	34
6,5-8	5	22,5-23,9	15	42,6-45	25	77,6-81,9	35
8,1-9,6	6	24-25,4	16	45,1-47,5	26	82-85,6	36
9,7-11,2	7	25,5-26,9	17	47,6-50	27	85,7-89,2	37
11,3-12,8	8	27-28,4	18	50,1-52,5	28	89,3-92,8	38
12,9-14,4	9	28,5-29,9	19	52,6-54,9	29	92,9-96,4	39
14,5-16	10	30-32,5	20	55-59,5	30	96,5-100	40

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

CLASE I **0%**
Paciente con clínica compatible con patología vestibular sin existencia de signos objetivos.

CLASE II **1 a 24%**
El paciente presenta patología vestibular acompañada de signos objetivos, y el grado de discapacidad es leve, presentando imposibilidad para llevar a cabo actividades complejas, tales como deportes de notables esfuerzo y o equilibrio (por ejemplo, montar en bicicleta), o tiene crisis de vértigo con una frecuencia de 6-10 anuales.

CLASE III **25 a 49%**
El paciente presenta patología vestibular con signos objetivos, y el grado de discapacidad es moderado, presentando dificultades para realizar actividades fuera del domicilio (por ejemplo, gran impedimento para cruzar la calle por dificultad en los giros rápidos de cabeza o dificultad para bajar escaleras de inclinación normal), o tiene crisis vertiginosas con una frecuencia de más de una al mes.

CLASE IV **50 a 70%**
Existe evidencia de signos objetivos de disfunción vestibular, y el grado de discapacidad es grave, necesitando ayuda para realizar actividades incluso en su domicilio.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ORIGINADO POR DEFICIENCIAS DE ORIGEN TUMORAL

Se asignará porcentaje de discapacidad del 20% a aquellos pacientes con alteración de la deglución que estén obligados de forma permanente a la ingesta exclusiva de alimentos líquidos o pastosos.

Se asignará un porcentaje de discapacidad del 25% a los pacientes con laringuectomía total y portadores de un traqueostoma permanente.

El porcentaje de discapacidad secundario a las deficiencias del lenguaje producidas por el traqueostoma permanente será asignado siguiendo los criterios establecidos en el capítulo correspondiente y se combinará con el derivado del propio estoma.

ORIENTACIONES CLINICAS

PATOLOGIA AUDITIVA

Implante coclear
Con la aplicación de nuevas tecnologías, algunas personas que hasta hace unos años no tenían ninguna perspectiva de mejora han visto variada su situación hacia una notable mejoría; este es el caso de los pacientes a los que se les ha realizado un implante coclear.

Estas personas tienen, en general un umbral auditivo tonal muy alto (30%) antes de iniciarse el proceso rehabilitador, pero su capacidad para la discriminación de la palabra es prácticamente nula, debido a la diferente tipo de estímulo que recibe su vía auditiva.

Las personas adultas con sordera postlocutiva obtienen del implante un beneficio, que será mayor cuanto menor sea el tiempo transcurrido desde que se produjo la sordera; si ésta ha sido progresiva y el paciente tiene una buena labiolectura serán más rápidos e importantes.

El nivel cultural, la motivación, el C.I. y el ambiente familiar son factores que contribuyen a un mejor aprovechamiento de esta prótesis.

Cuando los pacientes son niños con sordera postlocutiva, los progresos son aún más rápidos y notables.

En el caso de niños con sordera congénita o prelocutiva, los logros auditivos y de mejora del lenguaje no llegarán a alcanzar nunca los logrados por los grupos anteriores, aunque se benefician también de esta técnica.

Los pacientes adultos y los adolescentes con sordera prelocutiva obtienen pocos beneficios con el implante coclear, ya que, aunque son capaces de identificar ruidos ambientales habituales, las deficiencias del lenguaje son difícilmente modificables.

PATOLOGIA VESTIBULAR

El equilibrio es controlado por tres sistemas: vestibular, propioceptivo, y visual. El deterioro en cualquiera de ellos provocará alteraciones en el equilibrio que, en muchos casos, podrán ser compensadas por los otros dos sistemas.

Los trastornos del equilibrio son de difícil cuantificación, viéndose entorpecida su medida por la influencia que muchas veces tiene en estos pacientes su estado psíquico.

El único dato objetivable es el nistagmus, que traduce una alteración vestibular central o periférica. Con su medición y recogida en la E.N.G., podemos establecer un criterio de función vestibular por separado efectuando pruebas calóricas o un criterio de función vestibular en su conjunto, comprobándose el fenómeno de compensación mediante la realización de pruebas pendulares.

Para comprobar la existencia de signos objetivos de patología vestibular, deberá solicitarse al especialista un informe que indique:

Si existe nistagmo espontáneo con y o sin gafas de Frenzel.
Si en el E.N.G. aparece nistagmo de primer grado con ojos abiertos.
Si en el E.N.G. aparece nistagmo de tercer grado con ojos cerrados.
Si existe preponderancia direccional y la cuantía de ésta en porcentaje (más de un 11% es considerado patológico).
Si en la pruebas calóricas hay una reflectividad mayor o igual al 30% (para que esta circunstancia sea considerada discapacitante debe ir acompañada de otros síntomas clínicos, ya que muchas veces existe compensación perfecta).
Acreditación clínica de crisis vertiginosa con signos objetivos.

PATOLOGIA TUMORAL

La esperanza de vida en los pacientes afectos de tumores cérvico-faciales viene dada por la extensión tumoral local, regional y general, es decir, por el estudio en que se encuentren en el momento del diagnóstico, por la localización tumoral y por el tratamiento realizado.
La calidad de vida viene dada, en general, por las secuelas funcionales derivadas del tratamiento de la patología tumoral del área ORL.

Estas secuelas se pueden agrupar en:

1. Fonatorias
Van desde la supresión de la voz sin posibilidad de recuperación, cuando realizamos una pelviglosofaringolaringuectomía total, hasta las disfonías residuales de la cirugía funcional laríngea (cordectomía, hemifaringolaringuectomía, laringuectomía supracricoidea, etc).
Asimismo hay que tener en cuenta las disartrias y disglosias cuando están afectadas por la tumoración, la mandíbula y o la lengua.

2. Deglutorias
Son ocasionadas por las alteraciones anatómicas derivadas de las intervenciones quirúrgicas o por las alteraciones funcionales consecuencia de la asialia producida por la radioterapia.
Estas alteraciones hacen que el tipo de alimentación deba acomodarse a ellas, teniendo que ser eliminados de la dieta algunos alimentos o variar su presentación, precisándose, en casos extremos, alimentación mediante sonda nasogástrica o por gastrostomía.

3. Otras
Como consecuencia de vaciamiento cervical, pueden producirse dificultades motoras de la articulación escapo-humeral, por afectación del plexo braquial y sobre todo del nervio espinal.

La cirugía reconstructiva con colgajos miocutáneos puede originar defectos funcionales cuando se utiliza el pectoral mayor, el dorsal ancho o el trapecio.

En los pacientes con laringuectomía total falta el esfínter glótico y por tanto el principal punto de fijación de los músculos que intervienen en la prensa abdominal, por lo que no pueden realizar esfuerzos físicos, como levantar grandes pesos o apretar tuercas con gran presión, incluso a veces pueden tener dificultades para la defecación.

Debido a la existencia de un estoma permanente, las infecciones pulmonares pueden ser más frecuentes y se deben tener precauciones especiales al bañarse.

La ausencia de corriente de aire en las fosas nasales hace que el sentido del olfato esté notablemente disminuido.

OLFATO Y GUSTO

Estas normas asignan 5% de menoscabo global de la persona por la perdida completa de los sentidos de olfato o anosmia y del gusto o ageusia.

PIEL

I. INTRODUCCION

Múltiples condiciones dermatológicas así como sus síntomas - prurito, sensación de quemaduras, y otras - pueden ser de relevancia y motivo de incapacidad laboral.
Por otra parte su frecuencia está en el rango del 10% de consultas de la práctica médica corriente. Observándose un aumento en la etiología de origen profesional y en su vínculo con el trabajo y la tarea que realiza el individuo.
Es por esa razón que se hace necesario poseer los mínimos instrumentos para evaluar los impedimentos que una afección dermatológica impone a un sujeto y clasificarlos en su importancia.

La valoración del menoscabo que una enfermedad de la piel produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego de aplicados los tratamientos correspondientes, ya sea médicos, quirúrgicos y o de rehabilitación de la misma, o luego de que se hayan sucedido en el paciente el o los episodios agudos de su afección.

El estudio del menoscabo debe tener concordancia entre la clínica, el laboratorio y aquellos aspectos funcionales. Se deberá contar con los informes de los médicos tratantes y una adecuada y completa historia clínica proveniente de la Institución del sistema de salud en el cual el paciente se ha atendido, que incluya aspectos de laboratorio, resultados de estudios patológicos, y otros efectuados.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la valoración final, por el o los médicos peritos actuantes, y en caso de requerirlo, con opinión de Médico Dermatólogo.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Para evaluar la incapacidad laboral determinada por una dermatitis se tomarán en cuenta:
- la superficie afectada
- la región corporal afectada
- la profundidad y extensión de la lesión
- la repercusión funcional
- grado de dificultad laboral que ocasionan
- su relación con agentes de origen ocupacional

En función de estos factores se fijará el grado de incapacidad dentro de las clases que se establecen al final del capítulo.

Los impedimentos cutáneos a menudo se encuentran asociados a enfermedades sistémicas; cuando exista una deficiencia permanente de más de un sistema debe evaluarse el grado de deficiencia corporal total relacionada con cada sistema y posteriormente asignar el menoscabo.

Las deformidades extensas de la piel, de origen traumático, quirúrgico o producto de anormalidades pigmentarias o vasculares, congénitas o adquiridas, o inmunológicas deberán recibir asignación de menoscabo de las clases de este capítulo.

Las alteraciones estéticas, hacen referencia a las alteraciones del color, estructura y configuración normal de la piel (aspecto físico), que pueden derivar de patología activa o residual y en general, no conllevan alteraciones funcionales pudiendo producir menoscabo al causar rechazo social o una autoimagen desfavorable con aislamiento autoimpuesto, alteración del estilo de vida u otros cambios en el comportamiento, la sociabilidad o la vida habitual del individuo, lo cual deberá ser evaluado en el capítulo de Impedimento de Salud Mental.

Los impedimentos oncológicos de la piel se encuentran en el capítulo de Impedimento Neoplásico; en este capítulo se consideran las lesiones tumorales de la piel sin demostración de diseminación o afectación de otros sistemas.

Existen situaciones especiales en que la extensión de la lesión tumoral localizada es tan extensa en superficie y profundidad que podrá requerir la intervención del Médico Dermatólogo.

Para poder evaluar y calificar el menoscabo global de la persona por impedimento de la piel, deberá tenerse en cuenta que se trata de enfermedades crónicas de la piel consideradas no recuperables en cualquiera de sus funciones, después de realizado el tratamiento adecuado y cuyo curso clínico sea de al menos seis meses o más aún, desde su diagnóstico en inicio del tratamiento, sin haber conseguido revertir su estado para el desempeño laboral.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades de la piel se objetivan de acuerdo a:
* anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
* examen físico
* evolución en el tiempo
* historia laboral
* por los siguientes estudios:

  * Estudios de laboratorio de valoración general y de valoración local específica (infectológica, microbiana, micótica o cutánea)

  * Estudios de valoración inmunológica: directa o indirecta, congénita o adquirida.

  * Tests cutáneos - en alergias generales o circunscriptas a los signos locales, efectuados en estado de mejoría clínica transitoria del paciente.

  * Biopsia de piel, y estudio anátomo-patológico con tinción especifica según los diagnósticos presuntivos del médico tratante dermatólogo, (cutáneos o sistémicos de última generación)

Estos análisis constituyen una guía indicativa, quedando a juicio del s médico o médicos peritos actuantes, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica, así como solicitar la consulta con el Médico Dermatólogo.

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO CUTANEO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo; no considerándose excluidas otras afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser incluidas en esta sección.

Existen diversos criterios de clasificación de las enfermedades de piel que producen limitación en la actividad laboral de los pacientes.

De acuerdo con la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)10ª Revisión de 1995 OPS OMS., modificada y actualizada al 2002 se clasificarían en:

1- Infecciones de la piel y tejidos blandos

2- Dermatitis - Eczemas:
- dermatitis atópica
- dermatitis alérgica por contacto a metales como cromo, níquel, y otros; por Contacto con adhesivos, cosméticos, colorantes, perfumes, productos químicos diversos, caucho, cemento, insecticidas, plásticos, vegetales diversos; por Ingestión de alimentos, condimentos, productos tóxicos, venenos y otros;
- dermatitis por irritantes como detergentes, productos grasosos y lubricantes, disolventes, acetona, ciclohexano, compuestos con cloro, glicol, hidrocarburos y sus derivados, otros materiales utilizados a nivel ambiental, desodorantes, limpiadores, cementos, insecticidas, productos diversos de origen vegetal, pinturas diversas, jabones y otros.

3- Enfermedades Ampollares:
- Pénfigo
- Penfigoide
- Dermatitis de Dühring
- Enfermedad IgA lineal
- Otras

4- Trastornos pápulo-escamosos:
- Psoriasis
- Parapsoriasis
- Pitiriasis rosada
- Liquen plano
- Otras

5- Urticaria y angioedema

6- Trastornos de la queratinización:
- Ictiosis
- Disqueratosis folicular o Enfermedad de Darier
- Queratodermias

7- Acné, Rosácea y trastornos sudoríparos ecrinos y apocrinos, foliculitis e hidrosadenitis.

8- Exantemas y Erupciones por drogas

9- Afecciones del tejido conectivo:
- Lupus
- Dermatomiositis
- Esclerodermia,
- Enfermedad Mixta
- Otras

10- Síndromes de Hipersensibilidad y Vasculitis:
- Eritema multiforme
- Síndromes de Stevens-Johnson y Necrolisis epidérmica tóxica
- Eritema nodoso
- Vasculitis de pequeños y grandes vasos
- Otros

11- Enfermedades Vinculadas a exposición solar:
- Erupción polimorfa solar
- Hydroa
- Porfirias
- Reacciones fotoalérgicas o fototóxicas.

12- Trastornos de la pigmentación:
- Vitiligo
- Hipomelanosis
- Nevos acrómicos y melasmas
- Pigmentación por hemosiderina
- Tatuajes
- Otros

13- Trastornos relacionados con radiaciones:
- Quemaduras
- Elastosis
- Radiodermitis
- Poiquilodermias
- Otros

14- Tumores benignos de piel:
- Queratosis seborreicas
- Fibroqueratomas
- Papilomas
- Nevos
- Quistes
- Otros

15- Trastornos del pelo:
- Alopecias areata y androgenética
- Hirsutismo
- Cicatriciales
- Tricotilomanías

16- Trastornos de las uñas asociados a:
- Enfermedades Sistémicas
- Adquiridos vinculados a infecciones o traumatismos
- Otros

17- Manifestaciones cutáneas de enfermedades Sistémicas:
- Síndromes paraneoplásicos
- Acantosis nigricans
- Xantomas y dislipoproteinemias
- Amiloidosis
- Mucinosis
- Manifestaciones de diabetes
- Neurofibromatosis
- Esclerosis tuberosa
- Seudoxantoma elástico
- Dermatosis del embarazo
- Otras

18- Tumores y malformaciones vasculares:
- Hemangiomas
- Adquiridas
- Granuloma piógenico
- Sarcoma de Kaposi
- Otras

19- Ulceras cutáneas:
- De pierna de diferentes etiologías
- Hypoderma gangrenoso de decúbito
- Escaras
- Otras

20- Afecciones premalignas y cáncer de piel no melanoma:
- Queratosis actínicas
- Epitelioma basocelular
- Epitelioma espinocelular
- Tumores in situ
- Linfomas cutáneos
- Paget extramamario
- Metástasis cutáneas.

21- Nevos melanocíticos y Melanoma maligno.

22- Trastornos psico-cutáneos:
- Dermatitis facticias
- Afecciones parasitarias
- Otros

23- Enfermedades Granulomatosas de origen desconocido:
- Sarcoidosis

24- Paniculitis.

ORIENTACIONES CLINICAS

Para determinar la profundidad y extensión de una lesión dermatológica según describe el Dr. A. Burd:

a) PROFUNDIDAD DE LAS LESIONES DE PIEL

Se consideran de 3 tipos o formas de presentación:

* Espesor parcial superficial: es la que toma epidermis y dermis superficial
* Espesor parcial profunda: es la que toma epidermis y dermis superficial y la dermis profunda.
* Espesor total: es la que toma epidermis, dermis e hipodermis.

Tabla 1 - Aspecto clínico de las quemaduras de acuerdo con la profundidad

Profundidad	Color	Ampollas	Relleno capilar	Sensibilidad
Superficial de espesor parcial	Rosa	+ -	Presente	Dolorosa
Profunda de espesor parcial	Rojo pálida	+ -	NO	+ -
Espesor total	Blanca	NO	NO	NO

b) EXTENSION SUPERFICIAL DE LAS LESIONES DE PIEL

Existen varios métodos para determinar el porcentaje de la superficie afectada.

El más simple es la regla de los nueves, que divide la superficie corporal en áreas del 9% o múltiplos de 9.

De modo que la Cabeza:

Cara y Cuero cabelludo sería el 9%

Cuello 1%

Un Miembro superior sería 9%
Ambos miembros superiores: 18%

Tronco total: 18% para la región anterior (tórax - abdomen - pelvis)
Espalda del tronco total: 18%
Tronco total anterior y posterior 36%

Un Miembro inferior sería 18%
Ambos miembros inferiores: 36%

Si bien la Regla de los nueves es generalmente utilizada para la valoración de quemaduras, pero nos da idea de la extensión lesional en otras patologías de piel.

Los porcentajes consignados para cada sector en esta regla NO se correlacionan con el menoscabo global de la persona.

El menoscabo deberá valorarse de acuerdo a la tabla presentada al final de este capítulo.

La profundidad y extensión de una lesión de piel no debe ser el único componente a considerar por el perito para valorar si está capacitada para trabajar o no, sino que deberá tomarse en cuenta:
- edad y sexo del paciente
- tiempo de duración y forma de aparición de las lesiones
- todos los factores asociados
- situación general global de la persona
- puesto de trabajo

IMPORTANCIA DE UNA LESION DERMATOLOGICA

La importancia de las enfermedades de piel como impedimento laboral, surge de la conjunción de varios criterios que deben ser considerados en forma global, por el médico perito actuante así como el médico dermatólogo de experiencia.

La valoración del menoscabo puede tener varios aspectos:

1- Puede ser: ANATOMICO como por ej.: por la extensión y profundidad de la lesión como el caso de las quemaduras.

2- Puede ser: CONGENITO o ADQUIRIDO

3- Puede ser: CUTANEO o SISTEMICO

4- Puede estar: ASOCIADO a otras patologías, no relacionadas con PIEL.

5- Puede ser la EXPRESION EXTERNA o cutáneo-mucosa de múltiples patologías que inciden en el ámbito laboral - en los procesos alérgicos o irritativos por:
AGENTES CONTACTANTES, INHALANTES, INGESTANTES

6- Puede ser por factores PSICO-SOMATICOS que alteran los mecanismos de defensa general, humoral y celular del SISTEMA INMUNITARIO.

7- Puede ser por factores AUTO-INMUNES y o HEMATOLOGICOS y o VASCULITIS o CONECTIVOPATIAS que tendrán que ser estudiadas previamente a la solicitud del menoscabo y ser presentadas ante el B.P.S., para ser corroboradas CLINICAMENTE por el médico perito especialista en estos temas.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LA PIEL

CLASE I **< a 30%**

* Existen síntomas y signos de alteraciones constantes o intermitentes de la piel.
* El tratamiento esporádico controla la enfermedad.
* No existe limitación integral en el trabajo, salvo de algunas actividades de la vida laboral en forma intermitente y no definitiva.

CLASE II **31 - 50%**

* Existen síntomas y signos de alteraciones constantes de la piel
* Necesita tratamiento continuo y no hay control completo de la enfermedad
* Existe limitación de algunas actividades específicas de la vida laboral.

CLASE III **51 - 65%**

* Existen síntomas y signos de alteraciones constantes de la piel.
* Necesita tratamiento continuo y no hay control sobre la afección.
* Existe limitación de la vida en el trabajo
* El desempeño laboral agrava el estado de la afección o es impracticable

CLASE IV **> 66%**

* Existen síntomas y signos de alteraciones constantes de la piel
* Necesita tratamiento continuo y no hay control sobre la afección
* El desempeño laboral es impracticable
* La persona debe permanecer confinada en el hogar u otra residencia con o sin curatela o tratamiento local y general permanente

RETARDOS MENTALES, TRASTORNO DEL DESARROLLO, DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES

Son trastornos definidos por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el déficit de las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

Estos trastornos pueden acompañarse por cualquier otro trastorno sensitivo o mental.

El comportamiento de adaptación abarca diversos niveles de déficit, que pueden ser mínimos o incluso estar ausentes en individuos con trastornos leves.

Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante:

* Sin deterioro del comportamiento o con deterioro mínimo
* Con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento
* Con otro deterioro del comportamiento
* Con deterioro del comportamiento sin especificación

1- **TRASTORNO DEL DESARROLLO, DEL HABLA Y DEL LENGUAJE**
a) Trastorno de la pronunciación
b) Trastorno en la expresión del lenguaje
c) Trastorno en la comprensión del lenguaje
d) Afasia adquirida con epilepsia (Síndrome de Landon-Kleffner)
e) Otros trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
f) Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación

2- **TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR**
a) Trastorno específico de la lectura
b) Trastorno específico de la ortografía
c) Trastorno específico del cálculo
d) Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar
e) Otros trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
f) Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación

3- **TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

4- **TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO MIXTO**

5- **TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO**
a) Autismo infantil
b) Autismo atípico
c) Síndrome de Rett
d) Otro trastorno desintegrativo de la infancia (similar al Rett - comienza más tarde)
e) Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados
f) Síndrome de Aspergen
g) Otros trastornos generalizados del desarrollo
h) Trastornos generalizados del desarrollo sin especificación

6- **OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO (AGENESIA DEL DESARROLLO)**

7- **TRASTORNOS PSICOLOGICOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO SIN ESPECIFICACION**

8- **TRASTORNOS HIPERCINETICOS**
a) Trastornos de la actividad y de la atención
b) Trastorno hipercinético disocial
c) Trastorno hipercinético sin especificidad

9- **TRASTORNOS DISOCIALES**
a) Trastorno disocial limitado al contexto familiar
b) Trastorno disocial en niños no socializados
c) Trastorno disocial en niños socializados
d) Trastorno disocial desafiante y oposicionista
e) Otros trastornos disociales

10- **TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS**
a) Trastorno disocial depresivo
b) Otros trastornos disociales y de las emociones mixtas

11- **TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO ESPECIFICO EN LA INFANCIA**
a) Trastorno de ansiedad de separación en la infancia
b) Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia
c) Trastorno de hipersensibilidad en la infancia
d) Trastorno de rivalidad entre hermanos

12- **TRASTORNOS BIPOLARES**

13- **TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**
a) Mutismo selectivo

b) Trastorno de vinculación reactiva
c) Trastorno de vinculación desinhibido

14- TRASTORNOS DE TICS
a) Trastornos de tics transitorios
b) Trastornos de tics crónicos
c) Trastornos de tics múltiple (Síndrome de Gilles de la Tourette)

15- OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO
a) Enuresis no orgánico
b) Encopresis no orgánica
c) Trastornos de conducta alimentaria
d) Trastorno de estereotipias motrices
e) Tartamudez
f) Farfullez

Para una correcta evaluación se han considerado rasgos relativos a las diversas áreas: lenguaje, psicomotricidad, aprendizaje, autonomía, nivel intelectual, comportamiento y control de impulsos, emociones, pensamiento, relación interpersonal, alteraciones neurológicas y otras.

La necesidad de asistencia de otra persona vendrá condicionada por el grado de autonomía personal adquirida para las actividades de la vida diaria.

GRADO I

Lenguaje
* Dificultades leves en la pronunciación del lenguaje
* Leve retraso en la adquisición del lenguaje

Psicomotricidad
* Dificultades psicomotrices leves
* Puede tener retraso leve en la adquisición de las funciones motrices
* Hiperactividad leve

Aprendizaje
* Acceso a la lectoescritura
* Acceso al cálculo y razonamiento
* Concurre a escuela común con repeticiones (retraso escolar)
* Pueden requerir apoyo para terminar primaria

Autonomía
* Logran independencia completa para el cuidado de su persona

Nivel intelectual
* 70 - 85

Comportamiento y Control de impulsos
* Dificultad leve en el control de impulsos
* Alteraciones mínimas o ausentes en el comportamiento

Emociones
* Síntomas depresivos leves o ausentes

Pensamiento
* Pensamiento concreto
* Dificultades leves en la capacidad de abstracción

Relación interpersonal
* Integrado socialmente

Alteraciones neurológicas y otras
* No presenta alteraciones neurológicas evidenciables

GRADO II

Lenguaje
* Adquisición tardía del lenguaje
* Presenta un descenso en la capacidad de expresión del lenguaje
* Alcanzan la capacidad de expresarse en actividades cotidianas

Psicomotricidad
* Retraso moderado en la adquisición de las funciones motrices
* Dificultades psicomotrices moderadas
* Hiperactividad moderada

Aprendizaje
* Dificultades en las actividades escolares
* Pueden presentar trastornos específicos de la lectoescritura
* Requieren educación y apoyo especiales
* Dificultades en acceder a la lectoescritura

Autonomía
* La mayoría logra alcanzar independencia en el cuidado personal básico (comer, lavarse, vestirse, control de esfínteres)
* Independencia para actividades domésticas
* Pueden desempeñar trabajos que requieren habilidad de tipo práctico
* Dificultad para hacer frente a las demandas del matrimonio y cuidado de los hijos

Nivel intelectual
* 50 - 69

Comportamiento y control de impulsos
* Dificultades moderadas en el control de impulsos
* Conductas heteroagresivas leves

Emociones
* Síntomas depresivos moderados
* Fobias sociales o escolares
* Ansiedad de separación crónica
* Síntomas obsesivos o compulsivos marcados

Pensamiento
* Pensamiento concreto, pobre
* Escasa capacidad de abstracción

Relación interpersonal
* Logran integrarse con apoyo
* Dificultad para integrarse con niños de su edad
* Dificultad para integrarse a las costumbres y expectativas de la propia cultura
* Dificultad para aceptar normas y límites esperados para la edad

Alteraciones neurológicas y otras
* Epilepsias leves
* Enfermedades crónicas con repercusión en la actividad (asma, ORL, etc.)
* Déficits sensoriales leves agregados (disminución de la visión, audición, etc.)

GRADO III

Lenguaje
* Retraso franco en el desarrollo de la comprensión y expresión del lenguaje
* Dificultades variables en la expresión del lenguaje
* Pueden responder a órdenes sencillas

Psicomotricidad
* Retraso claro en la adquisición de las funciones motrices
* Dificultades psicomotrices importantes
* Pueden presentar estereotipias motrices
* Hiperactividad severa

Aprendizaje
* Los progresos escolares son limitados
* Pueden aprender lo esencial para la lectura, escritura y cálculo
* Funcionamiento deficitario con aprendizaje lento y rendimientos bajos

Autonomía
* Dificultades en las capacidades del cuidado personal, pueden requerir supervisión permanente (comer, lavarse, vestirse, control de esfínteres)
* Requieren supervisión para realizar tareas domésticas
* No se desplazan en forma autónoma fuera de la casa

Nivel intelectual
- * 35 - 49

Comportamiento y control de impulsos
- * Impulsividad marcada
- * Conductas heteroagresivas moderadas
- * Conductas autoagresivas (exposición a peligros, accidentes reiterados)

Emociones
- * Oscilaciones marcadas en el humor
- * Síntomas depresivos severos
- * Inhibición severa (mutismo selectivo)
- * Fobias sociales o escolares sin tratamiento
- * Ansiedad de separación crónica sin tratamiento
- * Síntomas obsesivos o compulsivos invalidantes

Pensamiento
- * Nula capacidad de abstracción
- * Pensamiento poco integrado

Relación interpersonal
- * Dificultades importantes para integrarse con niños de su edad
- * Logran relacionarse con los demás en actividades muy simples
- * Pueden presentar aislamiento moderado o conductas del espectro autista (alteraciones en la interacción social)

Alteraciones neurológicas y otras
- * Epilepsia
- * Déficits neurológicos
- * Alteraciones somáticas agregadas (cardiovasculares, osteoarticulares, endócrinas, nefrológicas, etc.)
- * Trastornos generalizados del desarrollo no especificados
- * Trastornos generalizados del desarrollo tipo Asperguer
- * Déficits sensoriales agregados (disminución de la audición, visión, etc.)

GRADO IV

Lenguaje
- * Puede haber ausencia de lenguaje expresivo
- * Dificultades severas del lenguaje expresivo
- * No uso del lenguaje como medio de comunicación
- * Afasia adquirida con epilepsia

Psicomotricidad
- * Marcado déficit motor
- * Hiperactividad extrema (deambulación permanente)
- * Estereotipias motrices importantes
- * Presencia de otros movimientos anormales

Aprendizaje
- * Aprendizaje casi nulo
- * No progreso escolar
- * No acceso a la lectoescritura
- * No realizan cálculo sencillo

Autonomía
- * No adquieren la capacidad del cuidado personal, necesitan supervisión permanente
- * No consiguen una vida independiente en la edad adulta

Nivel intelectual
- * 20 - 34

Comportamiento y control de impulsos
- * No control de impulsos
- * Conducta de autoagresividad de difícil control
- * Heteroagresividad severa

Emociones
- * Cuadros reactivos de la vinculación de tipo inhibido o desinhibido

Pensamiento
- * Convicción delirante crónicamente presente
- * Delirios crónicamente presentes

Relación interpersonal
- * No tienen capacidad para relacionarse socialmente. Niños no socializados
- * Aislamiento gran parte del tiempo, conductas autísticas claras

Alteraciones neurológicas y otras
- * Déficits múltiples (hipoacusias marcadas, ceguera)
- * Anomalías neurológicas (parálisis cerebral, epilepsias de difícil control, encefalopatías graves, etc.)
- * Alteraciones congénitas (malformaciones, microcefalia, hidrocefalia. Anomalías del SNC, etc.)
- * Alteraciones cromosómicas (síndrome de Down, síndrome X frágil con sintomatología severa, Turner, Klinefelter, etc.)
- * Metabolopatías con retardo mental severo
- * Trastornos profundos del desarrollo de tipo acústico, síndrome de Rett o desintegrativo progresivo

VALORACION DEL RETARDO MENTAL Y DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO, DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES	
GRADO I	**< a 2%**
GRADO II	**26 a 40%**
GRADO III	**41 a 65%**
GRADO IV	**> a 66%**

APARATO URINARIO Y GENITAL

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema genito-urinario y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema genito-urinario produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes o informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes exámenes de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por parte del o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Los impedimentos de carácter oncológico del sistema urinario y genital se deben considerar en el capítulo correspondiente.

En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su evaluación no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base. En estos casos la evaluación se realiza considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional de ella derivado. El haber sido sometido a un tratamiento quirúrgico por carcinoma génito-urinario, es una situación que por sí misma no representa incapacidad para el trabajo.

En la valoración de episodios agudos y recurrentes de afectación renal, es necesario tener en cuenta la frecuencia con que aparecen, ya que, en los períodos intercríticos el enfermo puede mantenerse asintomático y sin alteraciones de la función renal. Estos episodios agudos deben estar médicamente documentados para que puedan ser objeto de valoración.

En este capítulo el menoscabo del sistema urinario y genital, se divide en:

* Tracto urinario superior (riñón, pelvis y uréter)
* Tracto urinario inferior (vejiga, uretra)

La patología renal debe ser evaluada tomando como base a la función renal independientemente del tipo de daño (tubular, intersticial, glomerular, con síndrome nefrótico o nefrítico).

Las alteraciones anatómicas y funcionales del aparato genital deberán ser consideradas en cada caso en particular teniendo en cuenta la entidad de la misma y la posible perturbación de la capacidad de trabajo, y capacidad de realizar actividades de la vida diaria con independencia. Los menoscabos producidos por impedimentos de los órganos genitales masculinos o femeninos, en principio, no se consideran como productores de incapacidad para el trabajo.

Dado que por sí mismo el impedimento de los órganos genitales masculino y femenino no son invalidantes, sólo se considerará su menoscabo si se encontrara asociado a otra patología del sistema génito-urinario u otro sistema y que a juicio fundado de los peritos actuantes deba valorarse el menoscabo en forma asociada.

A tales efectos se adjuntan tablas de valoración para los casos en que se considere la necesidad de valorar el menoscabo.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades del sistema urinario y genital se objetivan anamnesis, examen físico, historia laboral y por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

* Hemograma completo
* Orina completa
* Iones en sangre y orina (sodio, potasio, calcio, fósforo)
* Ph, pCO2, HCO3, en sangre
* Valoración inmunológica (anticuerpos antinucleares y anti DNA, fracciones del complemento, anticuerpos anti-citoplasma de los neutrófilos, anticuerpos anti membrana basal, etc.)
* Proteinograma en orina y o sangre
* Bacteriuria cuantitativa
* Urocultivo
* Azoemia
* Creatininemia
* Clearance de creatinina de 24 horas
* Antígeno prostático específico
* Marcadores tumorales (gonadotrofina coriónica humana, alfafeto proteína, deshidrogenasa láctica, etc.)
* Citolgía urinaria
* Biopsia (renal, próstata, etc.)
* Estudios urodinámicos
* Radiografía simple de abdomen
* Urétero-pielograma endovenoso y o retrógrado
* Cistoureterograma
* Cistograma
* Cistoscopía
* Ureteroscopia diagnóstica
* Ecografía de aparato urinario
* Ecografía abdómino -pelviana
* Ecografía transrectal de próstata
* Tomografía axial computarizada renal y o abdómino pélvica
* Resonancia nuclear magnética renal y o abdómino pélvica
* Angiografía renal
* Gamagrafía renal

IV. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no debiéndose considerar excluidas aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes, correspondan ser valoradas en esta sección. *

* Enfermedades glomerulares
    Glomerulonefritis en sus diversos tipos
    Síndrome nefrítico crónico
    Síndrome nefrótico
    Trastornos glomerulares en:
    - Enfermedades infecciosas y parasitarias
    - Enfermedades neoplásicas
    - Enfermedades de la sangre y otros trastornos que afectan el mecanismo inmunitario
    - Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales
    - Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo

* Enfermedad renal túbulo-intersticial
    -Nefritis túbulo-intersticial crónica (nefritis intersticial infecciosa, pielitis, pielonefritis intersticial obstructiva, etc.)
    -Uropatía obstructiva y por reflujo (hidronefrosis obstructiva, hidronefrosis obstructiva por cálculos, pionefrosis, uropatía asociada a reflujo vesico-ureteral, etc.)
    -Afecciones tubulares y túbulo-intersticiales inducidas por drogas y por metales pesados
    -Trastornos túbulo-intersticiales en:
        Enfermedades infecciosas y parasitarias
        Enfermedades neoplásicas
        Enfermedades de la sangre y en trastornos que afectan el mecanismo inmunitario
        Enfermedades metabólicas
        Enfermedades del tejido conjuntivo
* Insuficiencia renal crónica
* Litiasis urinaria (renal, ureteral, vejiga)
* Otros trastornos del riñón y uréter
    Isquemia e infarto del riñón
    Ptosis renal
* Otras enfermedades del sistema urinario
    Cistitis crónica
    Cistitis por irradiación
    Vejiga neuropática (atónica, autónoma, etc.)
    Fístula vesico-digestiva
    Estrechez uretral (postraumática, infecciosa, etc.)
    Fístula de la uretra

*Para la enumeración de estas afecciones se ha tomado como guía principal a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10), Décima revisión (1995), OPS OMS.

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

CLASE I **< a 20%**
* Presenta fenómenos episódicos recurrentes (debidamente documentados)
* al menos 3 veces por año o 30 días al año.
* Con Clearance de Creatinina > 50ml min
* Con Creatininemia < 2.5 mg. %

CLASE II **21 - 40%**
* Se controla con tratamiento médico
* Con Clearance de Creatinina entre 50 - 20 ml min
* Con Creatininemia entre 3.9 - 2.5 mg. %

CLASE III **41 - 70%**
* Requiere tratamiento de sustitutivo de la función con buena evolución.
* Con Clearance de Creatinina < 20 ml min que se controla con tratamiento médico.
* Con Creatininemia > 4mg. %

CLASE IV **> 71%**
* Requiere tratamiento sustitutivo de la función con mala evolución debido a complicaciones derivadas del propio tratamiento, de su enfermedad de base o de patologías asociadas.

Aquellas patologías que a pesar de tener una función renal normal y por su sintomatología, tratamiento permanente, evolución y pronostico, justifiquen claramente una incapacidad para la tarea que realiza el individuo, fundamentado en el puesto de trabajo, se aplicará el artículo tercero del Decreto 381 998.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LA VEJIGA

CLASE I **< a 15%**
* Existen signos y síntomas de alteración funcional de la vejiga
* No existen elementos de mal funcionamiento entre los episodios de alteración funcional.
* Requiere tratamiento intermitente

CLASE II **16 - 30%**
* Existen signos y síntomas de patología de la vejiga
* Existe buena actividad refleja de la vejiga
* Requiere tratamiento continuo

CLASE III **31 - 50%**
* Existen signos y síntomas de patología de la vejiga
* Existe pobre actividad refleja (goteo intermitente) y no hay control voluntario

CLASE IV **51 - 70%**
* Existen signos y síntomas de patología de la vejiga
* No hay control reflejo ni voluntario de la vejiga (goteo constante)

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LA URETRA

CLASE I **< a 15%**
* Existen síntomas y signos clínicos de patología de la uretra, con elementos de disfunción
* Requiere tratamiento intermitente (dilataciones uretrales, etc.)

CLASE II **16 - 30%**
* Existen síntomas y signos clínicos de patología de la uretra, con elementos de disfunción
* No hay control efectivo mediante tratamientos, requiere cateterismo permanente

Las derivaciones urinarias permanentes (derivaciones uretero digestivas, ureterostomía cutánea sin intubación, nefrostomía o ureterostomía cutánea con intubación); deberán ser consideradas con los menoscabos producidos por la afección de origen.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A ESTOMAS Y FISTULAS URINARIOS

Los enfermos portadores de nefrostomía, ureterostomía cutánea o derivación ureterointestinal serán valorados con un porcentaje de discapacidad de 20 - 24%, que se combinará con el porcentaje debido a la enfermedad por la que fueron intervenidos quirúrgicamente.

La presencia de una fístula urinaria cutánea, vaginal o digestiva, se valorará con un porcentaje de discapacidad de 20 - 24% únicamente en caso de que exista contraindicación quirúrgica. Este porcentaje será combinado con el correspondiente a la enfermedad causal.

En el supuesto de que fuese preciso posponer la cirugía se mantendrá la valoración que existiera previamente, debiendo ser revisada a los seis meses del acto quirúrgico.

Si el enfermo rechaza el tratamiento quirúrgico sin causa justificada, no será valorado.

APARATO GENITAL MASCULINO Y FEMENINO

1. PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

1.1 GENITAL MASCULINO

HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA
* Sin repercusión urinaria
* Con repercusión urinaria por obstrucción
* Con repercusión urinaria severa por obstrucción (ureterohidronefrosis), se valorará según grado de insuficiencia renal.

CANCER DE PROSTATA
* Tratado quirúrgica o médicamente, sin evidencia de invasión a otros órganos, sin complicaciones o secuelas funcionales.
* Tratado quirúrgica o médicamente, sin evidencia de invasión a otros órganos, con secuelas funcionales; se valorará según grado de insuficiencia renal.
* Tratado quirúrgica o medicamente, con evidencia de invasión a otros órganos o fuera de toda posibilidad de tratamiento, se valorará en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico.

LESION QUIRURGICA ESFINTERIANA CON INCONTINENCIA DE ORINA
* Se valorará según repercusión funcional de acuerdo a parámetros de tablas correspondientes al menoscabo del tracto urinario inferior.

HIDROCELE, QUISTES DEL CORDON, VARICOCELE, ETC.
* Sin incapacidad laboral.

TUMORES DE TESTICULO
* Con tratamiento médico y o quirúrgico (orquiectomia simple o con vaciamiento ganglionar), sin complicaciones o secuelas y sin evidencia de metástasis; no se consideran incapacitantes para el trabajo.
* Con tratamiento médico y o quirúrgico, con complicaciones y secuelas, sin evidencias de metástasis; se valorarán de acuerdo al menoscabo anátomo-funcional derivado.
* Con tratamiento médico y o quirúrgico o fuera de posibilidades terapéuticas, con evidencia de metástasis, se valorará en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico.

CANCER DE PENE
* Con tratamiento médico y o quirúrgico (penectomia), sin complicaciones o secuelas, sin evidencia de metástasis, no se considera incapacitante para el trabajo (valorar componente psicológico).
* Con tratamiento médico y o quirúrgico, con complicaciones o secuelas, con evidencia de metástasis; se valorará en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico.

PENECTOMIA, ORQUIECTOMIA (POST-TRAUMATICAS)
* No se consideran incapacitantes para el trabajo (valorar el componente psicológico).

1.2 GENITAL FEMENINO

MASTECTOMIAS

Los casos de mastectomía simple, radical o subradical, sin secuelas o complicaciones, sin evidencia de metástasis; no se consideran productoras de incapacidad para el trabajo.

Podrá considerarse como portadora de menoscabo la persona a la que se le ha realizado una mastectomía y presente:

a) Linfedema del miembro superior, importante, que limite la función del miembro para las actividades laborales o las tareas de la vida cotidiana.
b) Retracción axilar o axilo-pectoral severas.
c) Lesiones de actinoterapia (en actividad) como ser radiodermitis o neumopatía actínica.
d) Presencia de recidiva local o adenopatías regionales.

La valoración de las lesiones secuelares de mastectomía antes descritas, se deberán hacer en el órgano o sistema afectado. Los casos de cáncer mamario, inoperables o fuera de otro tipo de posibilidad terapéutica, deberán ser valorados en el capítulo de impedimento neoplásico.

HISTERECTOMIA
* Histerectomía total o parcial por miomatosis, sin secuelas; no es considerada incapacitante para el trabajo.
* Histerectomía total y o con anexectomía y o con resección ganglionar, por carcinoma de útero u ovario, sin secuelas o metástasis; no es considerada incapacitante para el trabajo.
* Histerectomía total y o con anexetomía y o resección ganglionar, por carcinoma de útero u ovario, con invasión pelviana y o metástasis; deberá ser valorada en el capítulo de impedimento neoplásico.

VULVECTOMIA RADICAL
* Sin secuelas complicaciones, no es incapacitante para el trabajo (valorar componente psicológico).

PROLAPSO PELVIANO
* Con tratamiento quirúrgico, sin secuelas, no es incapacitante para el trabajo.
* Con tratamiento quirúrgico, con secuelas (incontinencia urinaria, fístulas), se valorará según etiología y posibilidad de nueva reparación quirúrgica, de acuerdo a las tablas correspondientes al daño anátomo funcional resultante.
* En todos los casos, del punto de vista médico laboral se deberá considerar el tipo de tareas que realiza la persona. Si la misma consiste en esfuerzos físicos importantes, que aumenten la presión intra-abdominal y ejerza su efecto sobre el piso pelviano, se deberá considerar el cambio de tareas, antes de asignar menoscabo.

2. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS

* No se considera incapacitante para el trabajo
* En las disfunciones sexuales se deberá valorar el componente psicológico

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR ALTERACIONES DE: TESTICULO, EPIDIDIMO Y CORDON ESPERMATICO

CLASE I **< a 10%**
* Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad de los testículos, epidídimo y cordón espermático, solos o combinados, registrándose alteraciones anatómicas.
* Requiere tratamiento constante.
* Existe disfunción seminal u hormonal demostrable

CLASE II **11 - 20%**
* La enfermedad o el trauma producen pérdida anatómica bilateral
* Existe disfunción seminal u hormonal demostrable

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE LA PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES

CLASE I **< a 10%**
* Existen síntomas y signos frecuentes de disfunción de la próstata, vesículas seminales o ambas
* Existe alteración anatómica
* No requiere tratamiento constante

CLASE II **11 - 20%**
* Existe ablación de la próstata, vesículas seminales o ambas
* Existe alteración anatómica.
* Requiere tratamiento constante.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE VULVA Y VAGINA

* No se consideran incapacitantes para el trabajo
* En las disfunciones sexuales se deberá valorar el componente psicológico
* En las trabajadoras sexuales se valorará el menoscabo

CLASE I **< a 10%**
* Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de la vulva, vagina o de ambas
* Requiere tratamiento constante
* Es posible el coito pero con diferentes grados de dificultad
* Está limitada la adecuación para el parto por vía vaginal

CLASE II **11 - 20%**
* Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad De vulva, vagina o de ambas, que no están controladas por el tratamiento
* No es posible el coito
* No es posible el parto por vía vaginal

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL UTERO Y CUELLO UTERINO

CLASE I **< a 10%**
* Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad del útero, cuello o ambos
* Requiere tratamiento continuo
* Existe estenosis cervical que requiere tratamiento continuo

CLASE II **11 - 20%**
* Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad del útero, cuello o ambos, que no son controlados por el tratamiento continuo
* La estenosis cervical es completa
* Hay pérdida anatómica y o funcional del útero, cuello o ambos, en los Años premenopáusicos

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y OVARIOS

CLASE I **< a 10%**
* Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de las Trompas de Falopio, ovarios o de ambos
* Requiere tratamiento continuo
* Hay persistencia de la abertura de las trompas y es posible la ovulación y fertilización

CLASE II **11 - 20%**
* Existen síntomas y signos clínicos de enfermedad o deformidad de las Trompas de Falopio, ovarios o ambos.
* Hay pérdida total de la abertura de las trompas o falla total para producir óvulos u ooforectomía bilateral, en los años premenopáusicos

VI. ANEXO TECNICO

1. AFECCIONES EVALUABLES

A) RENALES:

* Congénitas:
  - Poliquistosis renal bilateral
  - Riñón poliquístico unilateral
  - Riñón poliquístico único
  - Agenesia de un riñón
* Infecciosas:
  - inespecíficas agudas
  - inespecíficas crónicas
  - específicas: tuberculosis
* Glomerulonefritis
* Traumáticas
* Tumorales
* Otras: Litiasis, Ptosis renal
* Síndrome nefrótico
* Nefrectomías

B) VIAS URINARIAS:

* Estenosis pieloureteral
* Infecciones específicas: tuberculosis
* Tumores
* Incontinencia urinaria
* Capacidad vesical disminuida
* Vejiga neurógena
* Fístulas
* Estrechez uretral

2. CRITERIOS DE VALORACION

A) RENALES

* Congénitas: El grado de incapacidad está determinado por las complicaciones que pueden surgir durante su evolución y de las consecuencias de las mismas y no de la afección por sí misma.
* Infecciones Inespecíficas: Sólo se evaluarán las afecciones crónicas. El diagnóstico requiere de la existencia de los siguientes elementos: Clínicos (signos y síntomas de infecciones urinarias a repetición, Humorales (piuria, cilindruria, bacteriuria) e Imagenlógicos (alteraciones parenquimatosas, pielocaliciales, etc.)
* Infecciones Específicas: (tuberculosis) durante la fase de tratamiento, no se considera invalidante. Las recidivas o las secuelas se valoraran una vez agotadas todas las posibilidades terapéuticas y de acuerdo al grado de insuficiencia renal.
* Glomerulonefritis: se valorara de acuerdo a su evolución y el grado de insuficiencia renal.
* Traumatismos Renales: se valoraran de acuerdo a las secuelas o complicaciones (I. Renal, Hipertensión Arterial, Litiasis Renal, Pielonefritis crónica, Uronefrosis, etc.).
* Tumores benignos o malignos: de acuerdo a secuelas anatómicas o funcionales. Los tumores malignos evolucionados o fuera de posibilidades de tratamiento quirúrgico serán valorados de acuerdo a los criterios del capítulo sobre impedimentos neoplásicos.
* Ptosis Renal: para considerarla de valor patológico debe originar alteraciones anátomo funcionales sobre la vía canalicular, irrigación renal o plexos nerviosos vecinos, debidamente comprobadas. En ese caso se la valorará de acuerdo a los criterios correspondientes al tracto urinario superior.
* Litiasis Renal: se valorará las características anatómicas de la litiasis (única o múltiple; unilateral o bilateral); su componente obstructivo; su cronicidad y respuesta a los diversos tipos de tratamientos y principalmente su incidencia sobre la función renal.
* Nefrectomías: si bien se considera que una nefrectomía parcial o total (con función renal conservada) deja a la persona en situación de desventaja; mientras no existan elementos de Insuficiencia Renal, no debe considerarse como productora de un menoscabo para el trabajo. A pesar de ello en todos los casos deberá prestarse especial atención al tipo de tareas sobre todo en las situaciones en que la persona se encuentre en contacto con productos nefrotóxicos o la posibilidad de traumatismo severo que pongan en riesgo la integridad anátomo funcional de riñón remanente. En los casos en que se comprueben en el medio ambiente laboral de las condiciones adversas antes mencionadas, se deberá plantear la reubicación laboral.

B) VIAS URINARIAS

* Estenosis pieloureteral: deberá valorarse en función de las terapéuticas realizadas así como el compromiso anátomo funcional sobre el parénquima renal (uronefrosis e insuficiencia renal).
* Infecciones específicas: se valoran con igual criterio que para la tuberculosis renal.
* Tumores benignos o malignos: se valoran con igual criterio que los tumores renales (compromiso anátomo funcional y existencia o no de derivación urinaria) así como se deberá tener en cuenta el tipo de tareas y terreno psíquico (valoración psiquiátrica).
* Incontinencia urinaria: se deberá valorar si es esporádica o permanente, a esfuerzos importantes o mínimos y su incidencia en la vida laboral o cotidiana de la persona.
* Vejiga Neurógena: se valorará de acuerdo a la etiología.

3. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Del punto de vista clínico, son especialmente relevantes la anemia crónica, hipertensión arterial, osteodistrofias y polineuropatía periférica.

Del punto de vista del laboratorio, debe prestarse atención a la albuminuria, aumento de la creatinina sérica y disminución de los valores de la filtración glomerular.

Cuando la persona se sometió a transplante renal, se requerirá un período de observación no menor a seis meses, para determinar qué grado de mejoría ha alcanzado y valorarlo de acuerdo a las clases correspondientes.

Al evaluar los pacientes que están en Hemodiálisis, hay que contemplar los casos en que no se hace Trasplante Renal.

Contraindicaciones para ser receptor de Trasplante Renal

* Edad mayor de 65 años
* Neoplasia diseminada
* Insuficiencia cardíaca severa
* Insuficiencia respiratoria crónica
* Fallo hepático progresivo
* Enfermedad vascular coronaria, encefálica o periférica severa
* Anomalías congénitas severas del tracto urinario
* Infecciones crónicas que no responden al tratamiento
* Síndrome de Inmunodeficiencia adquirido
* Trastornos persistentes de la coagulación

SISTEMA CARDIOVASCULAR

I. INTRODUCCION

En este capítulo se establecen las normas generales para la evaluación de las deficiencias del sistema cardiovascular, así como los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad originado por estas deficiencias.

En primer lugar se establecen normas sobre cómo y en qué supuestos deben ser valoradas las cardiopatías y a continuación se aportan los criterios que asignan el porcentaje de discapacidad a cada una de las siguientes deficiencias cardíacas:

a) Cardiopatías valvulares
b) Cardiopatía isquémica
c) Cardiopatías congénitas
d) Miocardiopatías y Cor pulmonale
e) Cardiopatías mixtas
f) Enfermedades del pericardio
g) Arritmias

En segundo lugar se establecen las normas para la valoración de la hipertensión arterial y se dan los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad derivado de esta patología.

Por último, se delimitan las normas para valorar deficiencias del sistema vascular periférico, así como los criterios que asignan un porcentaje de discapacidad.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

1 - CARDIOPATIAS

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR CARDIOPATIAS

* Unicamente serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan una afección cardíaca con un curso clínico de al menos seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.
* Cuando esté indicado el tratamiento quirúrgico, la valoración se realizará a partir de plazos prudenciales genéricos del post operatorio. En aquellos casos que exista contraindicación, de la cirugía debidamente justificada, el perito valorará el menoscabo según la clase funcional que el paciente se encuentra. (Clínica y paraclínicamente)
* En el caso de enfermos sometidos a trasplante cardíaco, la valoración se efectuará seis meses después del mismo, de acuerdo con la función residual. Durante esos seis meses se mantendrá la valoración que previamente tuviera el enfermo. Se combinarán a ésta los efectos del tratamiento inmunosupresor, si los hubiere, siguiendo los criterios del capítulo correspondiente.
* En determinadas patologías (por ejemplo, cardiopatía isquémica) se tendrá en cuenta el riesgo de empeoramiento súbito de la situación clínica del enfermo a pesar del tratamiento adecuado de la enfermedad base. (La cirugía de revascularización no termina con la patología del paciente).

La mayor o menor frecuencia con que aparecen los episodios agudos condiciona el grado de limitación para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que ha de incluirse como criterio de valoración. Los episodios deberán estar documentados médicamente.

* La discapacidad no siempre está en relación directa con los datos exploratorios o pruebas complementarias. Por ejemplo, la presencia de un soplo eyectivo aórtico en un individuo anciano, es probable que sólo indique esclerosis aórtica; sin embargo, una persona con angina estable de pequeños esfuerzos puede tener un ECG intercrisis normal, pero sufre una limitación importante, para cuya evaluación es preciso realizar valoración ergométrica, radioisótopos o coronariografía.
* En caso de Miocardiopatías secundarias no se combinarán los porcentajes correspondientes al proceso base, caso de ser conocido, con los de la miocardiopatía, sino que se adjudicará el mayor porcentaje obtenido en cualquiera de ellos. Cuando la miocardiopatía secundaria sea consecuencia de un proceso tratable (por ejemplo, miocardiopatía hipertiroidea) no se realizará la valoración hasta al menos seis meses después de haberse comenzado el tratamiento etiológico.
* El porcentaje de discapacidad originado por Cor Pulmonale Crónico se combinará con el derivado de la enfermedad respiratoria asociada. Debido a que las enfermedades respiratorias son la causa más frecuente de Cor Pulmonale Crónico, la disnea no se considerará manifestación de éste; sólo se tendrá en cuenta la presencia de datos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva y la evidencia electrocardiográfica, radiológica o ecocardiográfica de crecimiento o dilatación del ventrículo derecho con hipertensión pulmonar.
* En la valoración de las arritmias, el porcentaje alcanzado no se combinará con el correspondiente a la enfermedad cardiológica base, caso de que ésta exista. En aquellas arritmias de causa no cardiológica potencialmente tratable (por ejemplo, hipertiroidismo) la valoración no se realizará hasta al menos seis meses después de haberse iniciado el tratamiento etiológico. En cardiopatías arritmógenas con posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico) por ejemplo, síndromes de preexcitación, síndromes de QT largo) no se realizará la valoración hasta pasados plazos prudenciales estipulados específicamente en este capítulo, desde el inicio del tratamiento.

  La descripción subjetiva del enfermo de los síntomas y limitaciones que padece deberá ser contrastada con las pruebas objetivas adecuadas: ECG o monitorización Holter.
* En la valoración de la repercusión funcional de una cardiopatía la ergometría permite evaluar la capacidad de trabajo aeróbico del enfermo. Existen en la actualidad múltiples protocolos que relacionan la clase funcional con el exceso de energía consumida durante el ejercicio, expresado en unidades denominadas MET (término que representa múltiplos de la energía metabólica consumida en reposo, y que sirve para valorar el consumo energético durante el ejercicio)
* Es importante recalcar que un estudio ergométrico informa únicamente de la capacidad de ejercicio del enfermo en un momento determinado, pudiendo estar influido por causas independientes de la cardiopatía en sí, como, por ejemplo, medicación concomitante, colaboración del enfermo o entrenamiento. Estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de valorar un diagnóstico ergométrico.

En cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, serán valorados en las diferentes cardiopatías analizadas, de acuerdo al número y magnitud de los mismos y si éstos son o no modificables.
Estos influirán en los porcentajes asignados dentro de cada clase.

CLASES PARA LA VALORACION FUNCIONAL DE LAS CARDIOPATIAS

- **Clase funcional 1:** el paciente tiene enfermedad cardíaca pero no existe limitación de su actividad física.
  FEVI mayor o igual a 51% en el Ecocardiograma.
  Disnea a grandes esfuerzos.

- **Clase funcional 2:** el paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación leve de su actividad física. El enfermo permanece asintomático en reposo o durante sus actividades habituales. La actividad física superior a la habitual desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
  FEVI 41 a 50% en el Ecocardiograma.
  Disnea a medianos esfuerzos.

- **Clase funcional 3:** el paciente tiene una enfermedad cardíaca que produce una limitación marcada de su actividad física. Se mantiene asintomático en reposo. La actividad física moderada desencadena fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso, pero puede desarrollar actividad manteniéndose en reposo o con pequeños esfuerzos.
  FEVI 31 a 50% en el Ecocardiograma.
  Disnea a pequeños esfuerzos.

- **Clase funcional 4:** el paciente tiene una enfermedad cardíaca que conduce a una imposibilidad de realizar actividades físicas sin molestias. Pueden aparecer síntomas de bajo gasto cardíaco, congestión pulmonar o sistémica o angina de pecho, incluso en reposo. Cualquier tipo de actividad física incrementa la sintomatología.
  FEVI < 30% en el Ecocardiograma
  Disnea de reposo

La FEVI es un elemento más para poder determinar la clase funcional y su ubicación en las clases de menoscabo pero no es determinante.

Debemos recordar que puede coexistir clases funcionales 2-3 o 4 con FEVI normal ya que la FEVI puede estar compensada por hipercontractilidad de otros segmentos (en pacientes que tienen zonas hipomóviles) o la función estar alterada en otros aparatos (ejemplo en estenosis mitrales).

1.1 VALORACION DEL MENOSCABO

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS CARDIACAS

a) CARDIOPATIAS VALVULARES

CLASE I **< a 24%**

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 1 de la N.Y.H.A. con o sin tratamiento.

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores, y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior, teniendo en cuenta que el implante de una válvula provoca una nueva enfermedad y que muchos pacientes están hipocoagulados.

CLASE II **25 a 49%**

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 2 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina y medicación, pese a lo cual no se evita la aparición de síntomas y se da una de las siguientes circunstancias:

- existen signos de afectación de cavidades (hipertrofia o dilatación) en la exploración clínica o en las pruebas complementarias, y el grado de estenosis o insuficiencia valvular es de moderado a grave, sin que esté indicada su corrección quirúrgica

- METS <6 (protocolo de Bruce) >3 min.

Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior.

CLASE III **50 a 66%**

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física y pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 3 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina y medicación, pese a lo cual se mantiene en insuficiencia cardíaca congestiva refractaria, o ha sido sometido a cirugía o fuera de posibilidad quirúrgica y continúa en clase funcional 3 de la N.Y.H.A.

- METS < 3

CLASE IV **> a 66%**

El paciente padece enfermedad valvular cardíaca detectada mediante la exploración física y pruebas complementarias, manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina y medicación, pese a lo cual se mantiene en insuficiencia cardíaca congestiva refractaria, o ha sido sometido a cirugía o fuera de posibilidad quirúrgica y continúa en clase funcional 4 de la N.Y.H.A.

b) CARDIOPATIA ISQUEMICA

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION EN DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR CARDIOPATIA ISQUEMICA

En la asignación del menoscabo por cardiopatía isquémica vinculada a arterioesclerosis coronaria, serán factores de incidencia pronóstica e incrementarán un mayor porcentaje en la misma clase los siguientes puntos:

* El número y grado de lesión de arterias coronarias, así como estado de los lechos distales que puedan contraindicar una cirugía.
* El tipo de tratamiento recibido y respuestas al mismo, haya sido este médico o quirúrgico (angioplastia o cirugía de revascularización - posible o no).
* Existencia de evento(s) coronario(s) agudo(s) previo(s), así como su repercusión sobre la función sistólica o diastólica y la existencia de arritmias benignas o malignas.
* Presencia de factores de riesgo coronario modificables y no modificables.
* Evidencia de reestenosis luego de los tratamientos quirúrgicos instituidos, siempre que estos hayan podido llevarse a cabo.

CLASE I **< a 24%**

El enfermo presenta síntomas y signos dudosos de cardiopatía isquémica no confirmados mediante ECG, ergometría, estudio radioisotópico y o coronariografía. (Vasoespasmo y angina de Prinzmetal).

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias (ECG, ergometría, estudio radioisotópico y o coronariografía), y requiere tratamiento continuo para impedir la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca, dándose alguna de las dos siguientes circunstancias:

- En la ergometría es capaz de alcanzar el 90% de su frecuencia cardíaca máxima teórica sin que aparezca depresión del segmento ST, taquicardia ventricular o hipotensión
- Presenta episodios anginosos, documentados médicamente, con una frecuencia inferior a uno al mes, a pesar del tratamiento médico adecuado.

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores, y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior, teniendo en cuenta que la cirugía no cura, salva la vida y o alivia los síntomas.

CLASE II **25 a 49%**

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias: ECG, ergometría, estudio radioisotópico y o coronariografía (obstrucción superior al 50%), manteniéndose en clase funcional 2 de la N.Y.H.A., y requiere tratamiento continuado para impedir la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca, dándose alguna de las siguientes circunstancias:

- Presenta episodios anginosos, documentados médicamente, con una frecuencia superior a uno al mes, a pesar del tratamiento médico adecuado
- METS > o = a 3

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior.

CLASE III **50 a 66%**

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias: ECG, ergometría, estudio radioisotópico y o coronariografía (obstrucción superior al 50%), manteniéndose en clase funcional 3 de la N.Y.H.A., y se da una de las siguientes circunstancias:

- Requiere tratamiento dietético o medicamentoso continuado, pese a lo cual un esfuerzo físico moderado desencadena la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca
- METS <3

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores y siempre que el grado de la enfermedad por si sola no justifique valorarlo en una clase superior.

CLASE IV **> a 66%**

El paciente está diagnosticado de enfermedad coronaria mediante historia clínica y pruebas complementarias: ECG, ergometría, estudio radioisotópico y o coronariografía (obstrucción superior al 50%), manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A., y se da la siguiente circunstancia:

- Requiere tratamiento dietético o medicamentoso continuado, pese a lo cual un esfuerzo físico moderado desencadena la aparición de angina o de insuficiencia cardíaca.

Se incluirá en esta clase al enfermo que haya sido sometido a cirugía o angioplastia y cumpla los criterios anteriores.

c) CARDIOPATIAS CONGENITAS

CLASE I **< a 24%**

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 1 de la N.Y.H.A., o ha sido sometido a tratamiento quirúrgico y se encuentra en clase funcional 1;

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no y cumpla los criterios anteriores.

CLASE II **25 a 49%**

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 2 de la N.Y.H.A., y precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado, y existen datos de cortocircuito derecha - izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda - derecha con Qp Qs>2:1; o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no, y cumpla los criterios anteriores.

CLASE III **50 a 66%**

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 3 de la N.Y.H.A., y precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado, pese a lo cual está sintomático de continuo, y existen datos de cortocircuito derecha - izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda - derecha con Qp Qs>2:1; o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no, y cumpla los criterios anteriores.

CLASE IV **> a 66%**

El paciente está diagnosticado de una cardiopatía congénita mediante la historia clínica y las pruebas complementarias adecuadas, manteniéndose en clase funcional 4 de la N.Y.H.A., y precisa tratamiento dietético y medicamentoso continuado, pese a lo cual está sintomático de continuo, y existen datos de cortocircuito derecha - izquierda; o hay evidencia de cortocircuito izquierda - derecha con Qp Qs>2:1; o la resistencia vascular pulmonar está elevada por encima de la mitad de la sistémica, o la afectación valvular (estenosis o regurgitación) es moderada o grave.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no, y cumpla los criterios anteriores

d) MIOCARDIOPATIAS Y COR PULMONALE CRONICO

Se incluyen en este apartado tanto las miocardiopatías idiopáticas (miocardiopatías hipertrófica asimétrica, dilatada y restrictiva primarias) como las secundarias (por ejemplo, cardiopatía esclerosa del anciano, cardiopatía hipertensiva en fase dilatada)

CLASE I **< a 24%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 1 de la N.Y.H.A., con o sin tratamiento, y no presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva.
Las cavidades son normales y presenta en el Ecocardiograma una FEVI mayor a 51% y disnea a grandes esfuerzos.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla los criterios anteriores.

CLASE II **25 a 49%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 2 de la N.Y.H.A. y requiere tratamiento continuado con restricción salina o medicación, pese a lo cual no se evita la aparición de síntomas.
Presenta cardiomegalia o no, en el ecocardiograma una FEVI de 41 a 50% y disnea a medianos esfuerzos.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla los criterios anteriores.

CLASE III **50 a 66%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose de forma crónica en la clase funcional 3 de la N.Y.H.A., a pesar del tratamiento continuado.
Presenta cardiomegalia, en el ecocardiograma una FEVI entre 31 y 40% y disnea a mínimos esfuerzos.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla el criterio anterior.

CLASE IV **> a 66%**

El paciente padece miocardiopatía a cor pulmonale crónico detectados mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose de forma crónica en la clase funcional 4 de la N.Y.H.A., a pesar del tratamiento continuado.
Presenta cardiomegalia biventricular o de las cuatro cavidades, HT pulmonar, con una FEVI < 30% y disnea de reposo.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía o no (caso de miocardiopatía hipertrófica idiopática), y cumpla el criterio anterior.

e) CARDIOPATIAS MIXTAS

En estos supuestos se asignará el mayor porcentaje de discapacidad alcanzado en la valoración de cada uno de los componentes de la cardiopatía.

f) ENFERMEDADES DEL PERICARDIO

CLASE I **< a 24%**

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias y no presenta signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

CLASE II **25 a 49%**

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 2 de la N.Y.H.A. y presenta signos objetivos de insuficiencia cardíaca congestiva (ver punto correspondiente de normas generales), requiriendo tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.

CLASE III **50 a 66%**

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 3 de la N.Y.H.A. y presenta insuficiencia cardíaca congestiva de forma continuada, requiriendo tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.

CLASE IV **> a 66%**

El paciente padece enfermedad pericárdica detectada mediante la exploración física o pruebas complementarias, manteniéndose en la clase funcional 4 de la N.Y.H.A. y presenta insuficiencia cardíaca congestiva de forma continuada, requiriendo tratamiento continuado sin que se corrija totalmente la insuficiencia cardíaca congestiva.

Se incluirá en esta clase al paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico y cumpla los criterios anteriores.

g) ARRITMIAS

El menoscabo provocado por las arritmias, deberá tener como base:

1 - aquellas arritmias que se producen en pacientes con cardiopatía de base

2 - las arritmias que se manifiestan y corroboran por los estudios correspondientes (ECG, Holter, Ergometría) y que no presentan cardiopatía de base

* En las arritmias que se producen con una cardiopatía de base, la valoración del menoscabo se efectuará tomando en cuenta la patología cardíaca que presenta el paciente. Si ésta no es suficiente para determinar el menoscabo, se deberá considerar el carácter de la arritmia: leve, moderada o severa

* Cuando no existe una patología de base, y la única manifestación sea la arritmia, se deberá tener en cuenta el riesgo de vida que pueda provocar dicha arritmia, pudiendo ser éste trivial, moderado o alto.
En todos los casos, se deberá tener en cuenta el trabajo desempeñado por el paciente ya que existen arritmias que no producen riesgo de vida; pueden provocar episodios que sí ponen en riesgo la vida del paciente así como de otras personas (caso de los trabajadores de la construcción, conductores, etc.)

* En el caso de los pacientes portadores de marcapaso, el menoscabo debe determinarse por la patología de base y considerando el trabajo desarrollado por el mismo

* Los pacientes portadores de cardiodesfibriladores implantados, deberán ser considerados como de alto riesgo. Dicha situación configura un menoscabo de por lo menos 50%.

* En el caso de arritmias tratadas mediante procedimientos de ablación, se deberá considerar un menoscabo transitorio (2 años), hasta que se demuestre que el procedimiento fue exitoso

CLASE I **< a 10%**

El paciente padece una arritmia detectada mediante ECG o Holter, manteniéndose asintomático con o sin tratamiento médico, eléctrico o quirúrgico.

CLASE II **11 a 24%**

El paciente padece una arritmia crónica detectada mediante ECG o Holter y precisa tratamiento continuado con medicación, no estando indicado el tratamiento con marcapasos o desfibrilador permanente, pudiendo presentar episodios agudos con frecuencia inferior a 2 mensuales.

CLASE III **25 a 49%**

El paciente padece una arritmia crónica detectada mediante ECG o Holter y precisa tratamiento continuado con medicación, no estando indicado tratamiento con marcapasos o desfibrilador permanente, pese a lo que tiene episodios agudos con una frecuencia de dos o más episodios mensuales.

2 - HIPERTENSION ARTERIAL

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR HIPERTENSION ARTERIAL

* Se define como hipertensión arterial una presión diastólica superior a 90 mm Hg y o una presión arterial sistólica superior a 140 mm Hg, mantenidas durante más de seis meses en al menos tres determinaciones.
Unicamente serán objeto de valoración aquellas personas diagnosticadas de hipertensión arterial con un curso clínico no inferior a seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento.

* Los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad debida a la hipertensión se dividen únicamente en cuatro clases.

* El % de incapacidad se valorará de acuerdo a los ítems descriptos en cada clase, siendo proporcional al Nº de ítems + hallados dentro de esa clase.

2.1 VALORACION DEL MENOSCABO

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A HIPERTENSION ARTERIAL

CLASE I **< a 10%**

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, manteniéndose asintomático o con síntomas de clase funcional 1.
- Precisa restricción dietética y o medicación de forma continuada
- No presenta anomalías en la función renal ni análisis de orina, ni historia de enfermedad vascular cerebral, ni datos de crecimiento e hipertrofia de ventrículo izquierdo

CLASE II **11 a 25%**

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, en clase funcional 2.
- Precisa restricción dietética o medicación de forma continuada
- Presenta de forma crónica alguna de las siguientes alteraciones:
- Anomalías en el análisis de orina (proteinuria, sedimento patológico) sin alteración de la función renal evidenciada por azoemia, creatininemia y o clearance de creatinina.
- Crecimiento e hipertrofia de ventrículo izquierdo detectados mediante ECG, radiología o ecocardiografía, sin clínica de insuficiencia cardíaca.
- Cambios hipertensivos en el fondo de ojo sin exudados ni hemorragias.
- Angioesclerosis leve a moderada.

CLASE III **26 a 50%**

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, en clase funcional 3.
- La tensión diastólica es en general mayor a 120 mm. Hg.
- Existe en el análisis de orina (proteinemia, sedimento patológico) con alteración de la función renal y evidencia de retención nitrogenada.
- Hubo lesión cerebral con secuelas neurológicas mínimas o moderadas permanentes.
- Existe hipertrofia del ventrículo izquierdo sin congestión cardíaca.
- Retinopatía manifiesta con alteraciones debidas a hipertensión en las artearíolas.

CLASE IV **51 a 70%**

- El paciente presenta hipertensión arterial definida, en clase funcional 4.
- La tensión diastólica es superior a los 140 mm. de Hg.
- Proteinuria y signos de insuficiencia renal moderada - severa.
- Lesión cerebrovascular por hipertensión, con secuelas neurológicas importantes y permanentes.
- Existe hipertrofia del ventrículo izquierdo con congestión cardíaca.
- Retinopatía avanzada debida a hipertensión, con daño retinal y o del nervio óptico.
- HTA maligna con edema de papila.

3 - SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DEFICIENCIA ORIGINADA POR PATOLOGIA DEL SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

* Las enfermedades del sistema vascular periférico son a menudo susceptibles de corrección mediante tratamiento quirúrgico o con angioplastia transluminal. La valoración se realizará una vez

transcurridos en general seis meses desde el diagnóstico e inicio del tratamiento. En caso de que un paciente rechace el tratamiento indicado, sin causa justificada, no será valorable.

* Las enfermedades de las arterias periféricas se manifiestan como isquemia, cuya intensidad puede llevar a la indicación de amputación. Las enfermedades de las venas y los linfáticos se manifiestan con éstasis retrógrado, que puede llegar a causar dermatitis o úlceras de éstasis.
Las amputaciones que deriven de patología vascular se valorarán según los criterios del capítulo referido al "Sistema Músculo Esquelético". Si después de la intervención persiste el problema vascular, el porcentaje de discapacidad derivado de éste se combinará con el correspondiente a la amputación.
En el supuesto de que la enfermedad vascular periférica produzca alteraciones cutáneas, el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia vascular no se combinará con el atribuible a la manifestación dermatológica.

3.1 VALORACION DEL MENOSCABO

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS DEL SISTEMA VASCULAR PERIFERICO

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO VASCULAR ARTERIAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

CLASE I **< a 24%**
Existe patología vascular arterial.

Existe patología vascular arterial que se manifiesta por claudicación Intermitente > a 300 mts con paso normal y en terreno irregular o pendiente

Deberá estar recibiendo tratamiento médico o teniendo cirugía de revascularización exitosa.

CLASE II **25 a 49%**
Existe patología vascular arterial con uno o varios de los siguientes síntomas:

* Claudicación intermitente cuando camina 100 metros a paso normal.
* Daño vascular bilateral

CLASE III **50 a 66%**
Existe patología vascular arterial con uno o más de los siguientes síntomas:
* Claudicación intermitente cuando camina 50 metros a paso normal en terreno plano.
* Amputación de dedos de una extremidad y no sobrepasando el tarso.
* Amputación de dedos de ambas extremidades
* Cirugía de revascularización parcialmente exitosa.
* Daño vascular bilateral.

CLASE IV **> a 66%**

Existe patología vascular arterial con uno o más de los siguientes síntomas:

* Claudicación intermitente cuando camina menos de 50 metros o tiene dolor en reposo.

* Amputación a nivel del tarso o más proximal, con persistencia de la enfermedad vascular

* Fracaso de la cirugía de revascularización o fuera del alcance terapéutico por cirugía.

CLASIFICACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO VASCULAR VENOSO DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

CLASE I **< a 5%**

* Existe patología venosa que no presenta sintomatología clínica o ella es ocasional

* Existe patología venosa con sintomatología que se controla con medidas de soporte

CLASE II **6 a 25%**

* Existe patología venosa con edema parcialmente controlado con medidas de soporte.

* Presencia de trastornos tróficos en una o ambas extremidades o ha sufrido ulceración que ha cicatrizado.

* Tratamiento quirúrgico exitoso.

CLASE III **26 a 50%**

* Existe patología venosa con edema que no se controla con medidas de soporte.

* Hay trastornos tróficos en una o ambas extremidades.
Las ulceraciones son persistentes pero se logra su cicatrización.

* Tratamiento quirúrgico parcialmente exitoso.

CLASE IV **> a 51%**

* Existe patología venosa con edema severo e incontrolable.

* Los trastornos tróficos son extensos y bilaterales. Las úlceras son persistentes pero no se logra su cicatrización.

* No existe posibilidad de tratamiento quirúrgico o éste se realizó con resultado negativo.

CASOS ESPECIALES

Los pacientes que por su patología deban ser hipocoagulados recibirán una asignación porcentual que se sumará algebraicamente al porcentaje de la enfermedad de un **10%**

Los pacientes portadores de cardiodesfibriladores implantados, son pacientes de alto riesgo de vida, cualquiera sea la tarea que realice, por lo cual deben ser valorados con una asignación porcentual de por lo menos **50%**

Los pacientes portadores de trombosis venosas muy extensas con menos de 3 años desde el episodio agudo y que no se hayan recanalizado al momento del examen tendrán una asignación porcentual de **50%**

Los pacientes portadores de trombosis venosas muy extensas con más de 3 años desde el episodio agudo y que no se hayan recanalizado al momento del examen tendrán una asignación porcentual de **66%**

Los pacientes portadores de trombosis venosas muy extensas con más de 3 años desde el episodio agudo y que se hayan recanalizado al momento del examen tendrán una asignación porcentual acorde a las patologías residuales que se produzcan.

APARATO DIGESTIVO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos digestivos y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad digestiva produzca en la capacidad de trabajo, será evaluado luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación), o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio y funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud; los correspondientes estudios de

laboratorio o funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han efectuado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su valoración, no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base.

En estos casos la evaluación se efectúa considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional derivado de la ausencia total o parcial de un órgano o segmento del tubo digestivo.

En esta sección se deben considerar también, los defectos de la pared abdominal irreparables quirúrgicamente, o que han tenido mala evolución.

En esta sección el menoscabo del sistema digestivo se divide en:

1. ESOFAGO
2. ESTOMAGO - DUODENO
3. INTESTINO DELGADO.
4. COLON - RECTO.
5. PANCREAS EXOCRINO
6. HIGADO Y VIAS BILIARES.
7. ESTOMAS QUIRURGICOS DIGESTIVOS.
8. PARED ABDOMINAL

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades del aparato digestivo se objetivan por anamnesis (historia actual, antecedes personales y familiares), examen físico, evolución en el tiempo, historia laboral y los siguientes estudios; los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos, solicitar otros estudios que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

* Endoscopías
* Biopsia
* Laparoscopía
* Estudios citológicos y o bacteriológicos
* Estudios de laboratorio (rutinas, y proteinograma, Fe. Sérico, dosificación de B12 y folatos, funcional hepático, enzimograma hepático, etc.)
* Estudios funcionales (motilidad, absorción, secreción, etc.)
* Estudios imagenológicos: Radiografías simples y o contrastadas, Ecografía TAC y RMN

IV. PRINCIPALES AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes, correspondan ser valoradas en esta sección:

* Enfermedades del tubo digestivo

Esofagitis
Reflujo gastro-esfágico
Acalasia del cardias
Obstrucción del esófago
Ulceras del esófago
Megaesófago
Ulcera gástrica
Ulcera duodenal
Ulcera gastroyeyunal (anastomótica, etc.)
Gastritis
Duodenitis
Colitis ulcerativas
Enfermedad de Crohn
Colitis y gastroenteritis por radiación, tóxicas, dietéticas
Síndrome del colon irritable
Megacolon
Enfermedad diverticular del intestino
Trastornos vasculares de los intestinos
Trastornos funcionales del intestino
Malabsorción intestinal (Enfermedad Celíaca, síndrome del asa ciega, etc.)
Enfermedad de Whipple
Fisura y fístula de las regiones anal y rectal

* Enfermedades del hígado

Hepatopatía alcohólica
Cirrosis hepática alcohólica
Hepatopatías tóxicas
Insuficiencias hepáticas de diversos orígenes
Hepatitis crónica
Cirrosis biliar
Trastornos del hígado en enfermedades infecciosas y parasitarias
Trastornos del hígado de otras enfermedades como: granulomatosis hepática en beriliosis, sarcoidosis
Hipertensión portal

* Enfermedades del páncreas

Colangitis
Obstrucción de la vía biliar
Colescisto - Pancreatitis crónica
Pancreatitis crónica: alcohólica, infecciosa, etc.

* Pared abdominal

Hernia diafragmática
Hernia inguinal
Hernia umbilical
Hernia de la línea blanca
Hernia femoral
Eventraciones
Fístulas digestivas crónicas

Para la enumeración de estas afecciones, se ha tomado como guía principal a la "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10), Décima revisión (1995), OPS/OMS.

NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

En la valoración de las enfermedades del sistema digestivo deberán diferenciarse:

a) Patologías del tubo digestivo
b) Patologías de los órganos anexos: hígado, vías biliares y páncreas.

La incidencia laboral de las patologías es medible a través del estado nutricional, secuelas anátomo funcionales y respuesta a los tratamientos médicos y o quirúrgicos. También deberá tenerse en cuenta la existencia de condiciones ambientales adversas (ej.: trabajo con sustancias químicas hepatotóxicas) que incidan en la evolución del menoscabo.

Serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan enfermedades digestivas crónicas con un curso clínico de al menos seis meses tras el diagnóstico y el inicio de la enfermedad.

En caso de enfermedades que clínicamente cursen en empujes la evaluación de la incapacidad que pueda producir se realizará en los períodos intercríticos. En estos supuestos se ha introducido un criterio de temporalidad, que evalúa el grado de discapacidad según la frecuencia y duración de estos empujes, que deberán estar documentados médicamente.

Dado que el tubo digestivo es asiento frecuente de alteraciones funcionales sin evidencia de lesión orgánica, es importante en estos casos la evaluación de su posible origen psicógeno.

No serán objeto de valoración aquellas patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico mientras éste no se lleve a cabo. En estos casos la valoración deberá realizarse luego de la cirugía. En el supuesto de que el enfermo no acepte la indicación quirúrgica sin causa justificada, no será valorable.

Cuando la enfermedad digestiva produzca manifestaciones extra intestinales no sistémicas (caso de la colangitis esclerosante primaria en la colitis ulcerosa) deberá combinarse el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia del tubo digestivo con el porcentaje correspondiente a las otras manifestaciones.

* **Esófago**

a) Esofagitis por Reflujo: el reflujo demostrado radiológicamente, sin otras manifestaciones, no se considera invalidante. Se considerarán como productoras de menoscabo las secuelas de esofagitis cáustica o por reflujo, cuando existan síntomas y signos comprobados por estudios complementarios. Para ello deberá clasificarse el grado de menoscabo de acuerdo a la tabla correspondiente.

b) Divertículos esofágicos: no son invalidantes, salvo que causen complicaciones (ej: neumopatías por aspiración) las cuales serán valoradas en cada caso en particular.

c) Trastornos motores: (espasmos, acalasia, secuelas post-quirúrgicas) no son invalidantes salvo que causen compromiso funcional valorado según la tabla correspondiente.

d) Várices esofágicas: por sí solas no son invalidantes. Deberá valorarse de acuerdo a etiología y su repercusión funcional (insuficiencia Hepática, hemorragias digestivas, etc.). Las várices esclerosadas serán evaluadas de acuerdo al compromiso funcional hepático y la reiteración o no de las hemorragias digestivas. La derivación quirúrgica de las várices se valorará de acuerdo al mismo criterio.

e) Hernia Hiatal: comprobadas radiológicamente, sin complicaciones; no causan incapacidad. Deberán valorarse las complicaciones (reflujo, esofagitis) y si han sido tratadas quirúrgicamente, se evaluará su estado secuelar.

* **Estómago - Duodeno**

a) Hernia Hiatal: comprobadas radiológicamente, sin complicaciones; no causan incapacidad. Deberán valorarse las complicaciones (reflujo, esofagitis) y si han sido tratadas quirúrgicamente, se evaluará su estado secuelar.

b) Ulceras Duodenales: por si mismas no son causantes de invalidez. En caso de presentar complicaciones y o secuelas funcionales, se valorarán de acuerdo a las tablas correspondientes.

c) Ulceras Gástricas: se plantea igual criterio que para las úlceras duodenales.

d) Gastrectomía Total o Parcial: no se consideran causante de incapacidad laboral, salvo la existencia de complicaciones o secuelas funcionales que comprometan el estado general de la persona. En estas situaciones y con deterioro debidamente documentado, se procederá a realizar la evaluación del menoscabo de acuerdo a los términos de las tablas correspondientes.

e) Cáncer Gástrico: inoperable o con evidencia de extensión a otros órganos o sistemas y o toque del estado general, deberá ser valorado en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico. En caso de haberse realizado tratamiento quirúrgico, la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo al compromiso anátomo-funcional resultante; de acuerdo a las tablas correspondientes.

* **Intestino Delgado - Intestino Grueso y Recto**

a) Divertículo de Meckel: no es causal de incapacidad laboral.

b) Enfermedades Vasculares del Intestino: se valorarán de acuerdo a las secuelas quirúrgicas, fundamentalmente las secuelas funcionales (alteraciones de la absorción, desnutrición). Las alteraciones del sistema vascular en otros aparatos o sistemas, deberá ser valorada en el capítulo correspondiente y sumados sus menoscabos.

c) Estomas quirúrgicos Definitivos: serán valorados en forma combinada con la deficiencia producidas por la enfermedad de base que motivo la indicación quirúrgica.

d) Las fístulas enterocutaneas expontáneas. no se valorarán si son susceptibles de tratamiento quirúrgico corrector.

e) Cáncer de Intestino Delgado: si es inextirpable o se comprueba extensión a otros órganos o sistemas deberá ser valorado en el capítulo de impedimento neoplásico. Si se realizó resección quirúrgica, la incapacidad estará en función del trastorno funcional derivado (alteraciones de la absorción, desnutrición).

f) Enfermedad de Crohn. el simple diagnóstico a través de los estudios complementarios correspondientes, no determina incapacidad. Las secuelas funcionales, debidamente comprobadas deberán valorarse de acuerdo a las tablas correspondientes.. La valoración del menoscabo deberá hacerse fuera de los episodios agudos de la enfermedad, siempre y cuando la evolución de la misma lo permita.

g) Puede presentar manifestaciones extra digestivas las cuales deberán ser valoradas en los capítulos correspondientes.

h) Enfermedad Diverticular: sin complicaciones, no es incapacitante. Si es complicada, la valoración se hace por las secuelas, luego de los episodios agudos. Si se ha realizado tratamiento quirúrgico con resección, se valorará según secuelas anátomo-funcionales. Si persiste con colostomía definitiva, el menoscabo deberá considerarse el desempeño laboral de acuerdo a la situación.

i) Colitis Ulcerosa: el simple diagnóstico a través de los estudios complementarios correspondientes, no determina incapacidad. Las secuelas funcionales, debidamente comprobadas deberán valorarse de acuerdo a las tablas correspondientes. Puede ser necesario la valoración psiquiátrica de la persona. La valoración del menoscabo deberá hacerse fuera de los episodios agudos de la enfermedad, siempre y cuando la evolución de la misma lo permita.

j) Cáncer de Colon: si no se ha podido realizar tratamiento quirúrgico y se comprueba invasión de otros órganos o toque de estado general de la persona; la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo a los parámetros contenidos en el capítulo correspondiente a impedimento neoplásico. Si se ha realizado tratamiento quirúrgico, la valoración del menoscabo deberá realizarse de acuerdo a las secuelas anátomo funcionales resultantes. Si ha persistido con colostomía definitiva, la valoración deberá prestar atención a la tarea de la persona ya que existen posibilidades de un desempeño laboral acorde a la situación.

k) Incontinencia Esfinteriana Anal: deberá tenerse en cuenta si la incontinencia es para gases, líquidos y o sólidos. Deberá valorarse la patología de base así como el tipo y las condiciones en que la persona desempeña su trabajo.

l) Enfermedad Celíaca. el simple diagnóstico a través de los estudios complementarios correspondientes, no determina incapacidad. La valoración de la incapacidad deberá tener en cuenta las complicaciones o secuelas anátomo funcionales derivadas.

* **Páncreas**

a) Pancreatitis agudas: su valoración no debe realizarse en la etapa aguda. La valoración de la incapacidad deberá tener en cuenta las complicaciones o secuelas anátomo funcionales derivadas.

b) Pancreatitis crónicas: deberán valorarse de acuerdo a las pautas contenidas en las tablas correspondientes.

* **Hígado**

Se tendrán en cuenta para la valoración de la incapacidad provocada por las hepatopatías crónicas: signos clínicos y humorales.

Signos clínicos:

* encefalopatía (obnubilación, coma)
* síndrome ascítico edematoso
* ictericia
* hepato-esplenomegalia
* estigmas periféricos
* várices esofágicas
* hemorragia digestiva alta

Signos humorales:

* Bilirrubina más de 2,5 mg% (a expensas de la directa)
* Tiempo de protombina menor de 60%
* Colesterolemia menor de 150 mg.%
* Albuminemia menor de 3 gr.%
* Transaminasas (TGO y TGP) mayor del doble de los valores normales.
* Gamma-GT francamente aumentada
* Marcadores virales: hepatitis B y C
* Marcadores autoinmunes

También se tendrá en cuenta para su valoración la paraclínica, como laparoscopía y o PBH (punción biópsica hepática), T.A.C.

INDICE DE CHILD: marcador del compromiso de la función hepática en hepatopatías crónicas. Los porcentajes de incapacidad indicados en la tabla deben entenderse como indicativos para el perito actuante.

	A	B	C
	Normal o leve	**moderado a severo**	**severo**
Albúmina (g dl)	>3,50	3-3,50	< 3
Bilirrubina (mg dl)	< 2	2-3	>3
Protrombina	>70%	40-70%	<40%
Ascitis	no	moderada	abundante
Encefalopatía	no	manejable fácilmente	Severa
INCAPACIDAD	**0-30%**	**30-60%**	**>60%**

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO DEL ESOFAGO

CLASE I **< a 15%**

* Existen signos y síntomas de alteración funcional y o anatómicos
* Dolores y o ardores intermitentes
* Requiere tratamiento dietético y o medicamentoso
* EGD: evidencia trastornos motores esofágicos y o RGE
* FGC: muestra esofagitis
* Pérdida de peso que no sobrepase el rango menor del 10%
* Exámenes complementarios normales
* Capacidad al esfuerzo está limitada para tareas que impliquen un aumento de la presión intra abdominal.

CLASE II **16-30%**

* Existen signos y síntomas de alteración funcional y o anatómicas
* Disfagia para sólidos intermitente
* Dolores y o ardores persistentes
* Requiere tratamiento medico y o medicamentoso
* EGD y FGC: evidencia esofagitis, trastornos motores esofágicos y o RGE, trastornos anatómicos y estenosis en sus primeras etapas.

* Puede tener estado general conservado y o perdida de peso de rango del 10 al 20%
* Exámenes complementarios pueden estar alterados
* Capacidad de esfuerzo reducida

CLASE III 31-50%
* Existen signos y síntomas de alteraciones severas anatómicas
* Disfagia para sólidos progresiva u permanente
* Dolores y ardores permanentes
* Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
* Puede requerir tratamiento quirúrgico y o dilataciones
* EGD y FGC evidencian alteraciones anatómicas
* Alteración del estado general con pérdida de peso superior al 20%
* Exámenes complementarios alterados
* Capacidad de esfuerzo de reducida a muy reducida

CLASE IV 51-70%
* Existen signos y síntomas de alteraciones muy severas anatómicas
* Disfagia total
* Dolores permanentes e intensos
* Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
* El tratamiento quirúrgico no ha dado resultado
* EGD y FGC: revelan anomalías graves
* Estado general muy alterado con adelgazamiento importante y fatiga extrema
* Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo
* Puede ser portador de un estoma o requerir alimentación parenteral

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO GASTRICO Y DUODENAL

CLASE I < a 15%
* Existen signos y síntomas de alteración funcional y o anatómicas
* Dolores y o ardores intermitentes
* Requiere tratamiento dietético y o medicamentoso
* EGD: evidencia gastritis y o duodenitis
* FGC: muestra gastritis y o duodenitis
* Pérdida de peso que no sobrepase el rango menor del 10%
* Exámenes complementarios normales
* Capacidad de esfuerzo está poco limitada

CLASE II 16-30%
* Existen signos y síntomas de alteración funcional y o anatómicas más molestos e incapacitantes. Dumping en forma grave
* Dolores y o ardores persistentes por ulcera gastroduodenal que comportan brotes prolongados y frecuentes.
* Requiere tratamiento medico y o medicamentoso
* EGD y FGC: ulcera gastroduodenales, síndrome pilórico
* Puede tener perdida de peso del orden del 10 al 20%
* Exámenes complementarios pueden estar alterados
* Capacidad de esfuerzo y estrés limitada

CLASE III 31-50%
* Existen signos y síntomas de alteraciones severas anatómicas
* Dolores y ardores permanentes
* Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
* Puede requerir tratamiento quirúrgico
* EGD y FGC evidencian alteraciones anatómicas
* Alteración del estado general con pérdida de peso superior al 20%
* Exámenes complementarios alterados
* Capacidad de esfuerzo y estrés reducida o muy reducida

CLASE IV 51 a 70%
* Existen signos y síntomas de alteraciones muy severas anatómicas
* Dolores permanentes e intensos
* Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
* El tratamiento quirúrgico no ha dado resultado
* EGD y FGC revelan anomalías graves
* Estado general muy alterado con adelgazamiento importante y fatiga extrema
* Exámenes complementarios muy alterados (anemia con Hto. < de 30%, hipoalbuminemia < de 3 gms.% irreductibles con el tratamiento)
* Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO DE COLON Y RECTO

CLASE I < a 15%
* Existen signos y síntomas ligeros de alteración orgánicas y funcionales
* Dolores ligeros e intermitentes que no interfieren en la vida social
* Puede requerir tratamiento dietético y o medicamentoso
* Diarreas leves
* Puede tener perdida de peso que no sobrepase el rango menor del 10%
* Rx, colon por enema puede evidenciar alteraciones orgánicas y o funcionales
* FCC puede ser normal o evidenciar alteraciones funcionales y o orgánicas
* Exámenes complementarios normales
* Capacidad de esfuerzo normal o levemente disminuida

CLASE II 16-30%
* Existen signos y síntomas de alteración orgánica molestos e incapacitantes sin ser graves
* Dolores mas o menos intensos
* Requiere tratamiento dietético y medicamentoso
* Diarreas mas frecuentes y o alternancia de constipación diarrea; puede existir rectorragia leve que cede con el tratamiento
* Puede existir ligera incontinencia anal que cede con el tratamiento
* Puede tener estado general conservado y o perdida de peso de rango del 10 al 20%
* Rx Colon por enema con alteraciones orgánicas
* FCC con alteraciones orgánicas
* Exámenes complementarios pueden estar alterados
* Capacidad de esfuerzo limitada; sobretodo valorar posibilidad de realizar tratamiento higiénico - dietético

CLASE III 31-50%
* Existen signos y síntomas de alteraciones severas orgánicas, que originan síntomas más severos que interfieren en forma importante en la vida laboral y social
* Requiere tratamiento medico, medicamentoso y dietético permanente
* Puede requerir tratamiento quirúrgico
* Colon por enema con alteraciones orgánicas
* FCC alteraciones orgánicas
* Alteración del estado general con pérdida de peso severo.
* Incontinencia anal puede ser parcialmente controlada con el tratamiento permanente.
* Exámenes complementarios alterados
* Capacidad esfuerzo reducida a muy reducida

CLASE IV 51-70%
* Existen signos y síntomas de alteraciones orgánicas muy severas
* Dolores permanentes e intensos, que responden o no al tratamiento
* Requiere tratamiento medico y medicamentoso permanente
* El tratamiento quirúrgico no ha dado resultado
* Colon por enema con alteraciones graves
* FCC con alteraciones graves
* Incontinencia anal total y no es posible controlar con el tratamiento
* Pueden existir fístulas y estenosis
* Exámenes complementarios muy alterados, anemia severa,
* Estado general muy alterado con adelgazamiento importante y fatiga extrema, caquexia
* Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo
* Puede requerir alimentación parenteral.

MENOSCABO POR IMPEDIMENTO DEL PANCREAS EXOCRINO

CLASE I < a 15%
* Existen signos y síntomas de patología pancreática leves, funcionales y o anatómicos, a veces como secuela de pancreatitis aguda.
* Intolerancia funcional digestiva alta
* Intolerancia para excitosecretores
* Diarreas sin incontinencia
* Requiere tratamiento dietético y o medicamentoso
* ECOGRAFIA ABDOMINAL: normal
* AMILASEMIA - AMILASURIA: normal o levemente alteradas
* Demás exámenes complementarios normales
* Puede tener pérdida de peso que no sobrepase el rango del 10%
* Capacidad de esfuerzo de normal a levemente limitada

CLASE II 16-30%
* Existen signos y síntomas de patología pancreática moderada, con secuelas anatómicas, a veces como secuela de pancreatitis aguda
* Intolerancia digestiva alta
* Intolerancia para excitosecretores
* Diarreas con características de esteatorrea

* Requiere tratamiento dietético, medicamentoso y o quirúrgico
* Ecografía abdominal con alteraciones o normal (aumento del tamaño, calcificaciones, seudoquistes, abscesos y o dilatación del colédoco)
* Amilasemia - Amilasuria normales o con alteraciones
* Análisis cualitativo de grasas en heces con alteraciones o normal
* Esófago gastro duodeno normal o presenta aumento del arco duodenal
* Funcional hepático con alteraciones o no
* Puede tener pérdida de peso del 10% o más
* Capacidad de esfuerzo moderadamente limitada

CLASE III **31 - 60%**
* Existen signos y síntomas de patología pancreática moderada a severa, con secuelas anatómicas, a veces como secuela de pancreatitis aguda recidivante sobre pancreatitis crónica
* Intolerancia digestiva alta
* Intolerancia para excitosecretores
* Diarreas con características de esteatorrea
* Dolor en barra, intermitente o permanente
* Requiere tratamiento dietético, medicamentoso y o quirúrgico
* Ecografía abdominal con alteraciones (aumento del tamaño, calcificaciones, seudoquistes, abscesos y o dilatación del colédoco)
* Amilasemia - Amilasuria normales o con alteraciones
* Análisis cualitativo de grasas en heces con alteraciones o normal
* Esófago gastro duodeno normal o presenta aumento del arco duodenal
* Funcional hepático con alteraciones o no
* Puede tener trastornos nutritivos y pérdida de peso severa
* Puede existir diabetes mellitus que se controla con hipoglucemiantes orales
* Control parcial con los tratamientos médico quirúrgico
* Capacidad de esfuerzo moderadamente o severamente limitada.

CLASE IV **> 61%**
* Existen signos y síntomas de patología pancreática severa, con secuelas anatómicas, a veces como secuela de pancreatitis aguda recidivante sobre pancreatitis crónica
* Intolerancia digestiva alta
* Intolerancia para excitosecretores
* Diarreas con características de esteatorrea
* Dolor en barra, permanente
* Requiere tratamiento dietético, medicamentoso y o quirúrgico
* Ecografía abdominal con alteraciones (aumento del tamaño, calcificaciones, seudoquistes, abscesos y o dilatación del colédoco)
* Amilasemia - Amilasuria normales o con alteraciones
* Análisis cualitativo de grasas en heces con alteraciones
* Esófago gastro duodeno presenta alteraciones principalmente de cabeza de páncreas
* Funcional hepático con alteraciones
* Síndrome de repercusión general grave
* Existe diabetes mellitus que se controla con insulina
* No se logra el control de la enfermedad con tratamiento médicos - quirúrgico
* Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL HIGADO Y VIAS BILIARES

CLASE I **< a 15%**
* Existe patología hepática y o biliar
* Puede requerir tratamiento continuo para el control de su sintomatología.
* Las pruebas funcionales están leve a moderadamente alteradas.
* Ecografía normal o hepatomegalia
* FGC normal
* No hay pérdida de peso.
* Capacidad de esfuerzo leve a moderadamente limitada
* Corresponde a la clase A de la clasificación de Child - Plough

CLASE II **16 - 30%**
* Existen signos y síntomas de patología hepática y o biliar.
* Las pruebas de función hepática están moderadamente alteradas.
* Puede existir ictericia recurrente.
* Ecografía hepatomegalia regular, signos de esteatosis
* FGC normal
* Hay pérdida de peso de rango moderado.
* Capacidad de esfuerzo moderadamente limitada
* Corresponde a Clase A o B de la clasificación de Child - Plough

CLASE III **31 - 60%**
* Existen signos y síntomas severos de patología hepática y o biliar
* Las pruebas de función hepática están severamente alteradas
* Existen signos de hipertensión portal, ascitis o ictericia en grado variable
* Ecografía: hepatoesplenomegalia, con macro y micro nódulos, ascitis
* FGC: varices esofágicas
* Laparoscopía: visión macro y micro nódulos, ascitis, esplenomegalia
* PBH: etiología de la hepatopatía crónica
* Existen signos de desnutrición y pérdida de peso
* La obstrucción de la vía biliar es irreparable
* Puede presenta colangitis a repetición
* Capacidad de esfuerzo severamente limitada
* Corresponde a Clase B o C de la clasificación de Child - Plough

CLASE IV **> a 61%**
* Existen signos y síntomas severos de patología hepática y biliar
* La obstrucción de la vía biliar es completa e irreparable
* Existen signos de hipertensión portal, ascitis o ictericia en grado variable
* Existen signos de hipertensión portal y manifestaciones del S.N.C. (encefalopatía hepática)
* Las pruebas de función hepática están severamente alteradas
* Ecografía: hepatoesplenomegalia, con micro nódulos, ascitis
* FGC: varices esofágicas
* Laparoscopia: visión macro y micro nódulos, ascitis, esplenomegalia
* PBH: etiología de la hepatopatía crónica
* Punción liquido ascitis: trasudado
* Capacidad de esfuerzo muy reducida, solo puede realizar esfuerzos ligeros o no puede realizar ningún esfuerzo
* Corresponde a Clase C de la clasificación de Child - Plough

ESTOMAS QUIRURGICOS DIGESTIVOS

Se le deberá asignar menoscabo a la existencia de un estoma quirúrgico, sólo si el mismo es de carácter permanente.

Se tomará en consideración la actividad laboral desempeñada en la asignación porcentual de incapacidad.

50% MAXIMO

* Esofagostomía
* Gastrostomía
* Yeyunostomía
* Ileostomía
* Colostomía

PARED ABDOMINAL (HERNIAS - EVENTRACIONES)

CLASE I **< a 10%**
* El defecto de la pared abdominal es palpable
* Presenta protrusión leve en el sitio de defecto que aumenta con el incremento de la presión abdominal y es rápidamente reductible.
* Ocasionalmente presenta disconfort en la zona del defecto
* No hay impedimento de la actividad laboral

CLASE II **11 a 20%**
* El defecto de la pared abdominal es palpable
* Presenta protrusión persistente en el sitio de defecto que aumenta con el incremento de la presión abdominal y es reductible manualmente
* Frecuentemente presenta disconfort en la zona de defecto
* Hay impedimento en el levantamiento de cargas pesadas pero no a las actividades habituales

CLASE III **21 a 30%**
* El defecto de la pared abdominal es palpable
* Presenta protrusión persistente e irreductible en el sitio de defecto
* Hay limitación en las actividades habituales

CLASE IV **31 a 50%**
* Todas aquellas que no tienen posibilidad de reparación quirúrgica o ésta no fue exitosa; y que por su magnitud impiden la realización de actividades laborales habituales.

SISTEMA ENDOCRINO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema endocrino y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema endocrino produzca en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación, etc.); o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos.

Para el estudio del menoscabo se deberá contar con los informes del o los médicos tratantes e historia clínica completa.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

En este capítulo se tratan las siguientes patologías endocrinas:
- Patologías del eje hipotálamo hipofisario
- Patologías de glándula Tiroides
- Patologías de glándulas paratiroides
- Patologías de glándulas suprarrenales
- Patología de páncreas endócrino
- Patología de gónadas
- Obesidad
- Osteoporosis y Enfermedades osteometabólicas del hueso
- Patologías endocrinas en la niñez y adolescencia
- Patologías oncológicas de origen endócrino.

La presencia de impedimentos en cualquier otro sistema del organismo que pueda estar relacionado con una alteración del sistema endocrino, deberá ser evaluado en la sección correspondiente al sistema afectado y combinar ambos menoscabos.

1. EJE HIPOTALAMO HIPOFISARIO

1.1 Introducción

Principales afecciones del eje hipotálamo hipofisario

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección.

El eje hipotálamo hipofisario se considera una unidad anátomo - funcional desde el punto de vista endocrinológico. Este eje puede sufrir alteraciones por modificaciones en su estructura consecuencia de tumores, radiación, metástasis, intervenciones quirúrgicas, procesos infiltrativos o trastornos en su función, produciéndose de tal forma hiposecreción o hipersecreción hormonal, ya sea hipotalámica o hipofisaria.

1.2 Consideraciones Generales

Puede existir hiposecreción de la hipófisis anterior en caso de la presencia de tumores (Craneofaringeoma, Adenomas "no secretores" y Adenomas secretores) infartos, traumatismos, secundario a la realización de cirugía o radioterapia.

En los tumores secretores, se asignará menoscabo en caso de no ser posible la realización de tratamiento médico o quirúrgico o si lo hubo según el tipo de secuelas presentes. También en caso de que los tratamientos realizados no hayan sido efectivos (como suele ocurrir en el caso de la acromegalia) y continúan síntomas y signos decurrentes de la hiperproducción hormonal.

El desequilibrio en la secreción del eje hipotálamo hipofisario posterior determina una diabetes insípida la que puede ser de etiología tumoral, infecciosa, pos quirúrgica o idiopática familiar.

1.3. Procedimientos de evaluación

Las enfermedades del eje hipotálamo hipofisario se objetivan por una correcta anamnesis, examen físico y los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio del o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

- Pruebas de función Tiroidea: TSH y T4L
- Pruebas de función suprarrenal: ACTH y Cortisol
- Dosificación de hormona de crecimiento, gonadotrofinas (LH, FSH), prolactina, medición de esteroides sexuales (Estradiol y Testosterona)
- Cortisoluria de 24 hs.
- Iones en sangre - Rutinas
- Osmolaridad plasmática
- Osmolaridad y densidad urinaria
- Exámenes para evaluar estructuras: Tomografía Axial Computarizada de cráneo y Resonancia nuclear magnética
- Evaluación oftalmológica que deberá incluir; Agudeza y campo visual sumado al fondo de ojo.

1.4 Valoración del menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOSECRECION DE LA HIPOFISIS ANTERIOR

CLASE I **< a 15%**
* Existe un panhipopitituarismo (compromiso de dos hormonas hipotálamo - hipofisarias demostrado por paraclínica)
* La enfermedad se controla correctamente con tratamiento de sustitución hormonal

CLASE II **16 - 25%**

* Están comprometidas todas las hormonas y la enfermedad no logra compensarse con tratamiento de sustitución hormonal o lo hace parcialmente, por asociación con otras patologías

CLASE III **26 - 50%**
* Están comprometidas todas las líneas de hipofisis
* Necesita tratamiento de sustitución hormonal continuo
* La enfermedad persiste a pesar del tratamiento continuo de sustitución hormonal
* Hay síntomas y signos clínicos de déficit hormonales

Pautas complementarias

A lo funcional se debe asociar una evaluación de hipófisis mediante Tomografía o resonancia de cráneo (últimos 18 a 24 meses) con la finalidad de consignar si hubo: aumento o disminución del tamaño del tumor o ausencia de modificaciones en la estructura inicialmente diagnosticada. Este aspecto podrá aumentar el menoscabo a criterio del endocrinólogo actuante en la pericia médica. Como consecuencia el tumor tendrá comportamiento diferente según su tamaño: se considera microadenoma cuando es menor a 10 mm, y en este caso las repercusiones sobre estructuras adyacentes son mínimas; o tratarse de un macroadenoma >10 mm, situación en la cual habitualmente suele existir compromiso del quiasma óptico u otras estructuras anatómicas locorregionales, dando lugar a cefaleas, crisis convulsivas, compromiso del III par craneano. El compromiso del quiasma óptico produce alteraciones del campo visual: cuadrantopsias, hemianopsias o da lugar a una amaurosis. Estas repercusiones pueden ser producto del crecimiento tumoral o secuelares a tratamientos instituidos como cirugía o radioterapia; las mismas, aumentarán el menoscabo por lo cual debe mediar **siempre** una consulta con especialista en Oftalmología, para la correcta aplicación del Baremo, debido a que puede configurar una **incapacidad definitiva**.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERSECRECION DE LA HIPOFISIS ANTERIOR

Prolactinoma, Acromegalia y otros

CLASE I **< a 20 %**
* Hay comprobación de enfermedad hipersecretora de la hipófisis anterior
* No hay síntomas y signos clínicos de enfermedad
* La enfermedad se encuentra controlada por el tratamiento médico, quirúrgico o radiante
* No hay elementos sugestivos de crecimiento del tumor; el mismo se Encuentra estable

CLASE II **21 - 50%**
* La enfermedad no fue controlada por tratamiento médico, quirúrgico o radiante
* Hay persistencia de síntomas y signos clínicos de enfermedad que limitan levemente la actividad laboral

* Presenta asociado déficits hormonales que requiere de terapia de sustitución hormonal
* No ha disminuido el tamaño del tumor

CLASE III 51 - 70%
* La enfermedad no ha sido controlada por ningún tratamiento
* Requiere tratamiento médico continuo que no logra remisión de la sintomatología
* Existen síntomas y signos clínicos que limitan severamente la actividad laboral
* Presenta asociado déficit que requiere terapia de sustitución hormonal
* Hay evidencia de crecimiento del tumor

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DISFUNCION SECRETORA DEL EJE HIPOTALAMO - HIPOFISIS POSTERIOR

CLASE I < a 15%
* Existe diagnóstico comprobado de diabetes insípida y ésta es definitiva
* Existe un balance hídrico adecuado (según ingresos y egresos)
* El ionograma (sodio, potasio y cloro) y la densidad urinaria está dentro de límites normales al igual que la osmolaridad en plasma y en orina
* La enfermedad se controla con tratamiento médico continuo

CLASE II 16 a 25%
* Existe diagnóstico de enfermedad
* No se logra un balance hídrico adecuado
* El ionograma está levemente alterado, la densidad urinaria se encuentra baja. Hay disminución de la osmolaridad plasmática y urinaria
* La enfermedad no se controla adecuadamente con tratamiento médico

CLASE III 26 a 40%
* Existe diagnóstico de enfermedad
* El ionograma está alterado, la densidad urinaria se encuentra muy baja, hay disminución de la osmolaridad plasmática y urinaria de forma importante
* La enfermedad no se controla adecuadamente con tratamiento médico
* Puede haber signos de deshidratación persistente

2. GLANDULA TIROIDES

2.1. Principales afecciones de la glándula tiroides

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes correspondan ser valoradas en esta sección.
* Bocio difuso, multinodular o nódulo solitario
* Hipotiroidismo del adulto (enfermedad de Hashimoto, hipotiroidismo atrófico)
* Hipotiroidismo congénito
* Hipertiroidismo asociado a:
  * Bocio difuso (Enfermedad de Graves Basedow)
  * Nódulo único (Enfermedad Plummer)
  * Bocio multinodular tóxico
  * Tiroiditis crónica de Riedel
  * Tiroiditis crónica de Quervain

2.2. Introducción

Las alteraciones de la glándula tiroides pueden ser consecuencia de una alteración en su estructura (bocio o nódulos) o presentar alteraciones de la función, dando lugar a: hipertiroidismo cuando la secreción de hormonas tiroideas se encuentra aumentada o hipotiroidismo cuando la secreción de hormonas está por debajo de lo normal.

Las lesiones oncológicas de la glándula tiroides deberán ser evaluadas en este capítulo.

2.3. Consideraciones Generales

El hipertiroidismo independientemente de la causa que lo genere habitualmente no genera menoscabo permanente, ya que los síntomas y signos que produce pueden controlarse adecuadamente con el uso de antitiroideos de síntesis, radioiodo (I 131) o cirugía. Sólo en ocasiones especiales cuando se asocia a otras patologías puede generar un cierto menoscabo, que debe considerarse de grado leve, llegando a un porcentaje máximo de 10%, situación excepcional que será valorada por endocrinólogo.

La enfermedad de Graves Basedow, que es la causa más frecuente de tirotoxicosis, se acompaña en el 80% de los casos de alteraciones oculares lo cual se denomina "oculopatía distiroidea", que puede generar trastornos permanentes que deben ser evaluados por oftalmólogo y tenidos en cuenta a la hora de baremar estos pacientes. En caso de repercusiones en la esfera cardiovascular la evaluación deberá hacerse en la sección correspondiente.

La presencia de patología benigna de tiroides como es en el caso de bocio simple independiente o no de mediar un tratamiento con levotiroxina sódica, no genera menoscabo, dado que estos tratamientos no son indicados de forma sistemática y en caso de instituirse dicho tratamiento puede ser por un corto período de tiempo.

El hipotiroidismo puede manifestarse por bradipsiquia, astenia-psicofísica, alteraciones en la termorregulación con intolerancia al frío, anemia, piel seca, constipación y el grado máximo que corresponde al mixedema. Las complicaciones tardías incluyen insuficiencia cardíaca y coma.

El hipotiroidismo puede controlarse en la mayoría de las veces adecuadamente, con la administración de hormona tiroidea.

2.4. Procedimientos de evaluación

Las enfermedades de las glándulas paratiroides se valorarán mediante anamnesis (historia clínica actual, antecedentes personales y familiares), examen clínico, evolución en el tiempo de la patología, historia laboral, y por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio del o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:
* Dosificación sérica de TSH, LT3 y LT4
* Determinación sérica de anticuerpos: antitiroglobulinas y antiperoxidasa
* Ecografía y Centellograma tiroidea
* Punción con aguja fina (PAF)

2.5. Valoración del menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOTIROIDISMO

CLASE I < a 10%
* La sustitución hormonal corrige la insuficiencia tiroidea
* Hay mantenimiento de la normalidad anatómica y funcional
* No hay contraindicaciones para el tratamiento hormonal

CLASE II 11 - 25%
* Hay síntomas y signos de hipotiroidismo
* Puede existir alteración anatómica
* La insuficiencia tiroidea requiere terapia continua, pero ésta no puede ser administrada a niveles útiles por la presencia de otras enfermedades. (cardiopatía isquemica)

Nota complementaria: En los pacientes con Cardiopatía Isquémica asociada debe tenerse en cuenta que puede dificultar la compensación del hipotiroidismo. En este caso se asociará la evaluación de la cardiopatía correspondiente.

3. GLANDULAS PARATIROIDES

3.1. Principales afecciones que producen menoscabo

El objetivo de la siguiente lista tiene como finalidad el mero hecho ilustrativo, no considerándose excluyentes aquellas afecciones no mencionadas y que a juicio de los médicos peritos actuantes, correspondan ser valoradas en esta sección:
* Hiperparatiroidismo primario

* Hiperparatiroidismo secundario

* Hipoparatiroidismo

3.2 Introducción

Las alteraciones de las glándulas paratiroides afectan el metabolismo del calcio, fósforo y producen alteraciones principalmente en la transmisión neuromuscular.

3.3 Consideraciones Generales

El hiperparatiroidismo primario es generalmente corregible por tratamiento médico y o quirúrgico.
El hiperparatiroidismo secundario se evaluará en el capítulo correspondiente a la causa que lo genere.
Las consecuencias que afecten al sistema osteoarticular o renal se evaluarán en las secciones correspondientes.

3.4 Procedimientos de evaluación

Las enfermedades de las glándulas paratiroides se valorarán de acuerdo a anamnesis (historia clínica actual, antecedentes personales y familiares), examen clínico, evolución en el tiempo de la patología e historia laboral, y por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio del o los médicos peritos, solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

* Estudios de laboratorio de valoración general
* Estudios de valoración de la función renal
* Medida de: calcemia, calciuria, fostatemia, fostaturia asociado a hormona paratiroidea (PTH)
* Ecografía, Centellograma, TAC y RNM de cuello

3.5 Valoración del Menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DISFUNCION DE LAS GLANDULAS PARATIROIDES

CLASE I **< a 10%**
* La enfermedad altera el funcionamiento de las paratiroides
* No hay síntomas ni signos clínicos
* El tratamiento mantiene normal el nivel de calcio

CLASE II **11 - 30%**
* La enfermedad produce pérdida del funcionamiento de las paratiroides
* No hay síntomas ni signos clínicos
* El tratamiento no logra mantener los niveles de calcio o son variables, con descompensaciones ocasionales

CLASE III **31 - 40%**
* Puede tener signos clínicos de hipocalcemia
* Los niveles séricos de calcio son inferiores a 8 mgs 100 ml a pesar de una correcta adherencia al tratamiento

CLASE IV **41 - 70%**
* Presenta tetania frecuentemente, los niveles séricos de calcio son siempre inferiores a 8 mgs 100 ml
* Para compensarse requiere altas dosis de calcio que superen lo habitual, más de 4 grs día con dosis de vitamina D apropiada
* Puede presentar repercusiones de la hipocalcemia: convulsiones generalizadas, catarata lenticular

Nota complementaria: En caso de calcificaciones de núcleos grises de la base (complicación de hipocalcemia) será evaluado en el capítulo correspondiente al menoscabo neurológico.

Aquellos pacientes que se encuentren descompensados por un tratamiento médico inadecuado, no se le consignará menoscabo hasta que el mismo sea el indicado.

4. GLANDULAS SUPRARRENALES

4.1. Introducción

A fin de apreciar el menoscabo resultante de las alteraciones derivadas de la glándula suprarrenal debemos diferenciar las alteraciones derivadas de la corteza suprarrenal y las derivadas de la médula suprarrenal.

4.2. Consideraciones Generales y principales afecciones de la Suprarrenal

La suprarrenal puede presentar patología del sector cortical o del sector medular.

Corteza suprarrenal
Puede existir hiposecreción o hipersecreción
La hiposecreción puede ser primaria, de causa autoinmune o debido a otras afecciones denominada **Enfermedad de Addison**, también puede ser por remoción quirúrgica.
En caso de ser secundaria es por disminución de corticotrofina hipofisaria ACTH y es tratada en el capítulo de hipófisis.
La hipersecreción resulta de hiperplasia o tumores y su sintomatología es por aumento de: glucocorticoides: **Síndrome de Cushing**, mineralocorticoides hiperaldosteronismo primario o **Enfermedad de Cohn**, así como por hipersecreción de andrógeno y estrógenos.

La médula suprarrenal
La hiposecreción de catecolaminas no genera menoscabo laboral.
La hipersecreción es causada por aumento de catecolaminas y se denomina Feocromocitoma.

4.3. Procedimientos de evaluación

Las enfermedades de las glándulas suprarrenales se objetivan por anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares), examen físico, evolución en el tiempo, historia laboral y los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio del o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

Corteza:
* Estudios de laboratorio de valoración general
* Dosificación de cortisol sérico hs. 8 y 22
* Cortisoluria de 24 hs.
* Aldosterona
* Renina
* Ecografía, TAC y RNM de suprarrenal

Médula:
* Dosificación de catecolaminas urinarias y séricas
* Dosificación de ácido vanilmandélico
* Ecografía, TAC y RNM de abdomen

4.4 Valoración del menoscabo

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPOSECRECION DE HORMONAS ADRENO-CORTICALES

CLASE I **< a 10%**
* La enfermedad produce disminución parcial de hormonas adrenocorticales
* Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
* Hay control adecuado de los síntomas y signos clínicos

CLASE II **11 - 30%**
* La enfermedad produce disminución total de hormonas adrenocorticales
* Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
* Hay persistencia de síntomas y signos clínicos

CLASE III **31 - 50%**
* La enfermedad produce disminución total de adreno-corticales
* Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
* Hay persistencia de síntomas y signos clínicos
* Hay existencia de episodios de insuficiencia suprarrenal aguda y secuelas en otros sistemas

CLASE IV **51 - 70%**
* La enfermedad produce disminución total de hormonas adrenocorticales
* Requiere tratamiento de sustitución hormonal continuo
* Presenta gran labilidad, con más de tres hospitalizaciones al año por descompensación, que requieren sustitución parenteral
* Pueden evidenciarse signos clínicos de Cushing iatrógeno

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERSECRECION DE HORMONAS ADRENO CORTICALES Y/O ADMINISTRACION EXOGENA (SINDROME DE CUSHING)

CLASE I **< a 10%**
* El hiper adrenocortisismo ha sido corregido por tratamiento quirúrgico sobre la hipófisis o la glándula suprarrenal
* La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente
* La enfermedad de base está controlada
* No existen signos de Cushing

CLASE II **11 - 30%**
* La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente
* Existen signos de Cushing de grado leve

CLASE III **31 - 50%**
* La enfermedad requiere tratamiento corticoide permanente
* Existe síndrome de Cushing de grado severo, (debilidad muscular, obesidad de tipo central, diabetes insulino resistencia, osteoporosis con o sin fracturas)

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR HIPERFUNCION DE LA MEDULA SUPRARRENAL

CLASE I **< a 10%**
* La enfermedad produjo aumento de la secreción medular
* Requirió tratamiento quirúrgico del cual evolucionó asintomático
* Existe necesidad de tratamiento continuo
* La presión arterial esta controlada

CLASE II **11 - 30%**
* La enfermedad produce aumento de la secreción medular
* Requirió tratamiento quirúrgico y se mantiene hipertenso, con cifras de presión arterial diastólica igual o mayor a 100 mm Hg.
* No hay signos clínicos de daño hipertensivo sistémico

CLASE III **31 - 50%**
* Requirió tratamiento quirúrgico y se mantiene hipertenso, con cifras de presión arterial diastólica igual o mayor a 120 mm Hg.
* Hay signos clínicos de daño hipertensivo sistémico (angioesclerosis, hipertrofia de VI).

5. PANCREAS ENDOCRINO

5.1 - INTRODUCCION

En esta sección se analizan los menoscabos en la capacidad de trabajo provocados por alteración anátomo funcional en los islotes de Langerhans.

Se define a la diabetes como un síndrome caracterizado por una hiperglicemia, consecuencia de un deterioro de la secreción y o de la efectividad de la insulina, y se asocia a un riesgo de cetoacidosis diabética, o coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico, y a un grupo de complicaciones tardías entre las que se encuentra la retinopatía, la nefropatía, la arteriopatía aterosclerótica periférica y coronaria, y las neuropatías del sistema autónomo y periférico.

La diabetes tiene orígenes genéticos, ambientales y patogénicos diversos.

Diversas son las clasificaciones que existen sobre éste síndrome, tomaremos la elaborada por el National Diabetes Data Group, en USA, que ha sido recogida por el Informe Técnico 727 del Comité de Expertos de la OMS.

1.- Diabetes Mellitus insulino dependiente o tipo I, DMID.

Representa el 20% de los diabéticos, frecuentemente debuta antes de los 20 años de edad, son individuos delgados, presentan cetosis y pueden llegar al coma cetoacidótico. Requieren de insulina para sobrevivir, presentan complicaciones al cabo de 5 a 10 años de comienzo.

2.- Diabetes Mellitus no insulino dependiente o tipo II, DMNID.

Representa el 80% de los diabéticos, aparece en forma insidiosa en la edad adulta a partir de los 40 años, asociada a obesidad o sobrepeso. Normalmente se compensa con dieta o antidiabéticos orales, necesitando insulina en situaciones de estrés o cetosis.

3.- Diabetes Mellitus secundaria a...

Asociada a otros síndromes o enfermedades crónicas como alteraciones pancreáticas, endocrinopatías, acromegalia, síndrome de Cushing, administración de corticoides, alteraciones de receptores insulínicos.

4.- Intolerancia hidrocarbonada.

Personas con niveles de glucemia elevados pero sin diagnostico de diabetes, un 25% de ellos desarrollarán la enfermedad al cabo de 10 años, a pesar de lo cual igualmente presentan riesgo de desarrollar enfermedad macroangiopatía.

5.- Diabetes Gestacional.

Mujeres en las que se detecta una intolerancia a la glucosa por primera vez en el embarazo, la tercera parte de ellas desarrollaran una diabetes al cabo de 10 años.

6.- Diabetes Mody - (Madurity Onset Diabetes on the young)

Caracterizada por una diabetes de aparición en el niño pero con el comportamiento metabólico que la diabetes del adulto, estable y compensable con dieta, y o hipoglucemiantes orales.

Tiene fuertes antecedentes familiares de éste tipo de diabetes.

5.2 - EXAMENES COMPLEMENTARIOS A SOLICITAR PARA PERICIA DE UN PACIENTE DIABETICO

El siguiente listado constituye una guía indicativa, quedando a juicio del o de los Médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

1.- Glicemia, Hemogobina glucosilada
2.- Lipidograma
3.- Insulinemia basal y postestímulo (en caso de hiperins. y resistencia a la insulina)
4.- Microalbuminuria
5.- Azoemia
6.- Creatininemia
7.- Clearance de creatinina en orina de 24 hs.
8.- Examen completo de orina
9.- Fondo de ojo (oftalmoscopía y biomicroscopía)
10.- Angiofluoresceingrafía ocular
11.- ECG
12.- Rx de tórax
13.- Ergometría
14.- Ecocardiograma bidimensional
15.- Ecodoppler de MMII.
16.- Velocidad de conducción de MMII., Electromiografía

5.3 - NORMAS DE CARACTER GENERAL PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR DIABETES MELLITUS

Serán generadoras de menoscabo aquellos pacientes diabéticos que padezcan la enfermedad en forma crónica (se excluyen la diabetes gestacional o la secundaria a patologías agudas que determinan hiperglicemia), y que cursen con mal control metabólico a pesar de un tratamiento correctamente llevado, o que presentan repercusiones crónicas de la enfermedad.

5.4 - VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR DIABETES MELLITUS

CLASE I **< a 24%**

a.- Diagnóstico de Diabetes Mellitus

b.- Asociado a:
- dislipemia
- obesidad
- hiperinsulinemia - insulinoresistencia

c.- Descontrol metabólico:
- hiperglicemias reiteradas no
- cetósicas
- hipoglucemias (más de 2 por mes)
- CAD (Cetocidosis Diabéticas)

d.- Complicaciones crónicas:

d.1.- Renal:
- microalbuminuria 30 a 300 mg 24 hs orinas espumosas

d.2.- Ocular:
- Retinopatía diabética plana
- Exudados duros, hemorragias puntiformes o en llama de vela
- Edema macular
- Visión no alterada
- Catarata diabética
- Glaucoma controlado

d.3.- CardioVascular:
- Ergometría 11 a 12 Metz.
- FEVI 60 a 65%
- Hipertensión arterial leve.
- Arteriopatía Obstructiva Crónica: Estadio I, II Fontaine (perímetro de marcha claudicante a 150 mts).
- AIT, RIND, por doppler limitación flujo carotídeo.

d.4.- Neuropatía Periférica:
- Trastornos en el apoyo del pie (pie Cavo, dedos en garra)
- Trastornos sensitivos Vibratoria y termoalgésica
- Alteración en reflejos
- Velocidad de conducción nerviosa alterada (MMII) en forma leve

CLASE II **25 a 50%**

Repercusión Renal:
- Macroproteinuria. (mayor 300 mg 24 hs)
- Orinas espumosas, edemas

Repercusión Ocular:
- Retinopatía diabética no proliferativa severa o Preproliferativa
- Mayor o igual a 5 microaneurismas
- Exudados blandos, arrosariamiento venoso importante
- IRMAS, extensas hemorragias retinianas, zonas de cierre capilar
- Reducción visión central

Repercusión Cardiovascular:
- Ergometría 7 a 10 Mets.
- FEVI 50 a 64%
- Hipertensión arterial moderada (c paraclínica +)
- Arteriopatía Obstructiva Crónica: Fontaine II (perímetro marcha menor a 150 mts); III (revascularizado)
- AVE con secuelas neurológicas mínimas

Repercusión Neuropatía Periférica:
- Etapa de la N.P.: Hiperestésia Hipoestésia.
- Ulceras de talón o ante pie (Wagner Grados I, II, III) que han cicatrizado o están en vías de cicatrización
- Atrofias musculares (cuadriceps crural o pie descarnado)
- Severas alteraciones en la Velocidad de Conducción y o Electromiografía

CLASE III **50 a 70%**

Repercusión Renal:
- Clearance de creatinina: menor a 40 ml min.

Repercusión Ocular:
- Retinopatía diabética proliferativa
- Neovascularización del nervio óptico
- Neovascularización en la papila o fuera de ella
- Hemorragias del vítreo
- Maculopatía isquémica
- Desprendimiento de retina traccionales
- Rubeosis y glaucoma neovascular

Repercusión Cardiovascular:
- Ergometría 4 a 6 Metz.
- FEVI 30 a 50%
- Hipertensión arterial severa (c paraclínica +)
- Arteriopatía Obstructiva Crónica: Fontaine III, IV (Amputaciones infracondileas mal rehabilitadas o supracondileas con marcha con muletas)
- AVE con secuelas neurológicas moderadas a severas

Repercusión Neuropatía Periférica:
- Artropatía de Charcot
- Mal perforante plantar

CLASE IV **> a 71%**

Repercusión Renal:
- Clearance de creatinina menor a 15 ml min.
- Insuficiencia renal terminal. Plan de Diálisis.

Repercusión Ocular:
- Ceguera y retinopatía Proliferativa severa en el otro ojo
- Ceguera y retinopatía Preproliferativa en el otro ojo

Repercusión Cardiovascular:
- Menor a 3 Metz.
- FEVI menor del 30%
- Estadio IV Fontaine. Amputación supradílea mal rehabilitada (silla de rueda)

Repercusión Neuropatía Proferica:
- Artropatía de Charcot avanzada
- Amputaciones por Charcot, o yesos e inmovilizaciones por períodos prolongados

6. GONADAS

La alteración permanente e irreversible de la función gonadal no se considera como productora de menoscabo en la capacidad de trabajo.

Las alteraciones oncológicas del aparato reproductor y glándulas mamarias deberán ser consideradas en el Capítulo de Impedimento Neoplásico Maligno.

Las alteraciones mamarias como ser galactorrea intratable, pérdidas mamarias, ginecomastia dolorosa e intratable en el hombre, deberán ser consideradas en cada caso tomando en cuenta el daño anatómico y funcional, y su incidencia sobre la capacidad de trabajo de la persona.

7. OSTEOPOROSIS

1. Introducción

La osteoporosis (OP) es una enfermedad metabólica del hueso caracterizada por disminución de la densidad mineral ósea (DMO), alteración de la microarquitectura y menor resistencia a los traumatismos, con aumento del riesgo de sufrir fracturas. La mayoría de las fracturas osteoporóticas se producen en el sexo femenino y su incidencia aumenta con la edad. Las fracturas más frecuentes se localizan en: puño, vértebras y cuello de fémur. No obstante pueden existir otras localizaciones como humero, costillas y calcáneo entre otros.

Dado el aumento de la expectativa de vida de los seres humanos esta afección es considerada hoy como una epidemia, con importantes consecuencias para el sistema sanitario, que ira en franco aumento dado el crecimiento de la población mundial

2. Consideraciones Generales

La OP puede ser clasificada en: 1) osteoporosis primaria: haciendo referencia a la que se presenta en mujeres en la posmenopausia o senil que se produce con el avanzar de la edad en ambos sexos, 2) osteoporosis secundaria que es la que se presentan como consecuencia de afecciones crónicas o uso de determinadas medicaciones que afectan el metabolis-

mo óseo, en ocasiones ambas se superponen siendo difícil su catalogación. 3) También debemos mencionar a la osteoporosis juvenil que se considera como una entidad independiente de causa desconocida que afectan a jóvenes del sexo masculino.

Existen ciertas condiciones denominadas factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrir osteoporosis, como: raza blanca o asiática, inadecuado pico de masa ósea (máximo de contenido mineral óseo dependiente de la genética y factores ambientales y socioculturales) obtenido durante la infancia y principalmente en la pubertad, motivo por el cual se la ha denominado como una enfermedad pediátrica. El sexo femenino, está más expuesto por la existencia de la menopausia, un bajo peso, complexión delgada, ejercicio de alta competición y periodos prolongados de inmovilización., o uso de fármacos como: anticonvulsivantes, inmunosupresores, corticoides, hormona tiroidea a dosis supresivas de tirotrofina, citostáticos, algunos tipos de heparina entre otros. Enfermedades digestivas: síndromes malabsortivos, afecciones hepáticas, Enfermedades endócrinas: hipertiroidismo, hiperprolactinemia, diabetes tipo 1, Enfermedades reumáticas: poliartritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, afecciones malignas como mieloma múltiple y pacientes que han sufrido transplante de cualquier órgano.

3. Procedimiento de evaluación

Se debe realizar una correcta anamnesis, incluyendo el interrogatorio de todos los factores de riesgo antes mencionados, antecedentes tanto personales como familiares de fracturas frente a mínimos traumatismos y examen físico con principal interés del sistema osteoarticular. Interesa el tipo de tarea que el individuo realiza, dado que determinadas posturas o movimientos en un hueso frágil pueden predisponer a las fracturas.

Las secuelas generadas por este tipo de fractura serán evaluadas en el capitulo correspondiente, considerando las limitaciones presentes, una vez superado el periodo agudo.

En lo que respecta a la valoración paraclínica. los exámenes detallados serán una guía indicativa quedando a juicio del o los médicos peritos la realización de otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa evaluación diagnóstica.

1. Densitometría ósea: columna (L2-L4) y de cuello de fémur y en ocasiones de puño o cuerpo entero según la entidad que se está evaluando.

La interpretación de los resultados de la densitometría ósea (que mide DMO expresada en g cm2) deben basarse en aquellos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994. Esta clasificación determina el riesgo de fractura, en base a la cuantificación de la DMO, estableciendo los desvíos estándares (DS) de la media, para mujeres adultas jóvenes, que se denomina t - escore, si bien esto fue diseñado para el sexo femenino, puede ser utilizada para el sexo masculino, hasta que se desarrolle alguna clasificación específica.

La OMS establece **4 categorías**:

Normal: DMO mayor que -1 (t -escore), de la media para adultos jóvenes.

Osteopenia: DMO comprendida entre - 1 y - 2.5 (t -escore).

Osteoporosis: valor debajo de - 2.5 (t -escore).

Osteoporosis severa o establecida: valor debajo de - 2.5 (t - escore) asociado a una fractura osteoporótica.

2. Radiografías de columna frente y perfil

3. Evaluación del metabolismo fosfocálcico: calcemia, fosfatemia, calciuria y fosfaturia, eventualmente PTH y vitamina D.

Los marcadores de remodelación ósea no son exámenes necesarios para este tipo de valoración, dado que indican un estado metabólico especial que puede modificarse con el uso de medicación.

4. Valoración del menoscabo

MENOSCABO DEL PACIENTE PORTADOR DE OSTEOPOROSIS

CLASE I **< a 10%**

* Paciente con diagnóstico de osteopenia u osteoporosis (sin antecedente de fractura por fragilidad) diagnosticado por densitometría ósea o Rx de columna.

* Se encuentra en tratamiento médico con calcio, vitamina D, antiresortivos (bifosfonatos, SERM, TRH, tobolona) u osteoformador (flúor).

CLASE II **11 a 20%**

* Paciente con diagnóstico de osteoporosis que ha presentado alguna fractura por fragilidad

* Se encuentra bajo tratamiento médico

CLASE III **21 a 35%**

* La osteoporosis es severa y ha presentado múltiples episodios fracturarios

* El tratamiento no ha sido efectivo en disminuir el riesgo de fractura

* Presenta dolor que dificulta la vida laboral

8. OBESIDAD

1. Introducción

Definición:

La obesidad es una enfermedad donde existe exceso de la grasa corporal. La diferencia entre la normalidad y obesidad es arbitraria, aunque cuando un individuo es considerado obeso, la cantidad de tejido adiposo aumenta en una extensión tal que la salud física y psicológica son afectadas al igual que la expectativa de vida se encuentra comprometida. La cantidad de tejido adiposo puede ser medida con tomografía computada, resonancia nuclear magnética o mediante bioimpedancia. El índice de masa corporal (IMC) es una medida que relaciona peso con la altura tiene una excelente correlación con la cantidad de tejido adiposo del organismo y es usado en estudios epidemiológicos y clínicos. El índice de masa corpórea es calculado dividiendo, el peso corporal en kilogramos (kg), sobre la altura en metros, elevado al cuadrado y expresado en kg m2. Los valores considerados normales se expresan en la tabla 1. Los individuos normales son aquellos cuyo IMC esta comprendido entre 18,5 y 24,9, aquellos comprendidos entre 25 y 29,9 son considerados pre - obesos o con sobrepeso, los riesgos y las complicaciones son aún bajas. A partir de IMC de 30 existe una obesidad propiamente dicha con morbilidad y mortalidad que aumentan exponencialmente, siendo considerada una obesidad severa aquella con un IMC mayor o igual a 40 kg m2. Algunos autores denominan superobesos a los individuos con IMC mayor o igual a 55 debido a las dificultades en el manejo y a la extensa gama de complicaciones que presenta. Se debe tener en cuenta algunas limitaciones que presenta este índice y que deben ser consideradas a la hora de valorar estos pacientes.

Tabla 1: ***Clasificación de la obesidad recomendada por la OMS en grados progresivos utilizando el IMC***

IMC (kg/m2)	Denominación	Grado de Obesidad	Riesgo
18,5 - 24,9	peso saludable	0	0
25 - 29,9	sobrepeso	I	Bajo
30 - 39.9	Obeso	II	Moderado
≥ 40	Obeso grave	III	Altísimo

Por otro lado interesa el tipo de distribución de la grasa corporal que también establece un pronostico de riesgo para la salud. En la obesidad de tipo central o androide la grasa esta distribuida en la región

centroabdominal, lo cual demuestra el aumento de la grasa visceral. En el tipo periférico o ginoide la obesidad se acumula principalmente en muslos, nalgas y caderas, este es un padrón más femenino. De esta forma, individuos con elevada circunferencia abdominal tienen mayor tejido adiposos visceral lo cual esta íntimamente relacionado con el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. En la tabla 2 se exponen las condiciones clínicas y quirúrgicas asociadas mas frecuentemente con obesidad.

Tabla 2: ***Condiciones asociadas a Obesidad***

Cardiovascular:	Muerte súbita, arritmias, HTA, enfermedad coronaria AVE, AOC, edema de MMII, varices, TVP
Respiratorias:	Enfermedad pulmonar restrictiva, apnea obstructiva del Sueño, síndrome de hiperventilación, policitemia
Endocrinológicas:	Diabetes Mellitus, dislipemia, hipotiroidismo, infertilidad
Gastrointestinal:	Hernia hiatal, litiasis vesicular, colecistitis, esteatosis Hepática
Dermatológicas:	Estrías, acantosis nigricans, hirsutismo, intertrigo, Papilomas, dermatitis perianal
Genitourinarias:	Anormalidades menstruales y anovulación, aumento de riesgos obstétricos
Neoplasias:	Mama, cérvix, ovario, endometrio, próstata, rectal
Musculoesquelética:	Artrosis de columna y rodillas, síndrome de túnel carpiano, gota, defectos posturales.
Disfunción psicosocial	Alteración de la imagen corporal, sentimientos de inferioridad, aislamiento social, discriminación social y laboral, susceptibilidad a las neurosis, aumento de ausentismo laboral con licencias médicas prolongadas, jubilación precoz
Misceláneas:	Aumento del riesgo quirúrgico y anestésico, aumento de la propensión a accidentes, interferencia con el diagnóstico de otras enfermedades

2. Interrogatorio y Examen Físico

Deberá incluir la historia clínica completa de su obesidad, evolución, realización de tratamientos fármacos administrados y respuesta al los mismo s. Evaluación del aparato locomotor, cardiovascular y respiratorio donde la obesidad tiene mayor impacto. Medida del IMC según detallado para lograr su estadificación en grados

3. Exámenes de Laboratorio

Los exámenes de laboratorio se realizarán, según criterio del médico tratante en base a la asociación con otras patologías, detalladas previamente. En caso de obesidad severa IMC ≥ 40 es aconsejable solicitar estudio de ***apnea de sueño***, que tiene alta prevalencia e importantes repercusiones en la vida laboral.

En oportunidades suele ser apropiado consulta con psiquiatra dado que estos pacientes presentan disturbios importantes de la personalidad.

Debe quedar claro que la enfermedad obesidad en si misma no es causa de incapacidad laboral, si lo es cuando genera otras co-morbilidades a las cuales suele agravar.

4. Valoración del Menoscabo

Obesidad Grado II: IMC (30 - 39.9) **≤ 15%**
Que no ha respondido a los tratamientos instituidos
Se han presentado complicaciones al tratamiento médico o quirúrgico

Obesidad Grado ≥ 40 **16 a 25%**
Sin respuesta al tratamiento médico o quirúrgico
Ha habido incremento de peso a pesar de los tratamientos

Estos porcentajes serán agregados a los otros porcentajes generados por la existencia de otras patologías.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

I. INTRODUCCION

Este capítulo, proporciona la metodología para evaluar los impedimentos Reumatológicos y Ortopédico - Traumáticos y su ubicación en clases.

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema Músculo Esquelético produce en la capacidad de trabajo será evaluada luego que se hallan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación), o después de un tiempo de iniciado los síntomas.

Para el estudio del menoscabo debe haber una concordancia entre los síntomas clínicos, las alteraciones funcionales y los estudios imagenológicos. Para ello deberá contarse con los informes de médicos tratantes o informes de la asistencia recibida en Instituciones del Sistema de Salud y los correspondientes estudios complementarios pertinentes.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por parte de él o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

Se incluyen en esta sección los impedimentos Reumatológicos y Ortopédico - Traumáticos. Ambos se abordan por separado.

A) IMPEDIMENTOS REUMATOLOGICOS

A.1) INTRODUCCION

Con fines evaluadores podemos dividir los impedimentos reumatológicos en grupos de patologías:

1. Inflamatorias
2. Degenerativas
3. Metabólicas
4. Extra - articulares

1. INFLAMATORIAS

El deterioro producido por enfermedades inflamatorias, se medirá desde 2 puntos de vista:

a) Compromiso articular.
b) Compromiso sistémico.

Cuando existan lesiones osteoarticulares y sistémicas, se calcularán la combinación de las incapacidades producidas por las mismas.

* Artritis séptica
* Artritis Traumática
* Artritis Reumatoidea de Adulto
* Artritis Reumatoidea Juvenil
* Espondiloartropatias Seronegativas
* Enfermedades Colagenovasculares:
  * Lupus Eritematoso Sistémico
  * Esclerosis Sistémica Progresiva
  * Dermatomiositis y Polimiositis
  * Vasculitis (PAN, etc.)
  * Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo
  * Enfermedad no Diferenciada del Tejido Conectivo

2. DEGENERATIVAS

Se evaluarán a partir de su repercusión funcional sobre las articulaciones comprometidas.

* Artrosis de Manos
* Artrosis de Columna Cervical
* Artrosis de Columna Dorsal
* Artrosis de Columna Lumbar
* Artrosis de Caderas
* Artrosis de Rodillas
* Otros procesos degenerativos articulares (Necrosis Asépticas)

3. METABOLICAS

De existir compromiso orgánico extraarticular, se agregará su menoscabo al compromiso articular.

* Gota
* Condrocalcinosis
* Osteoporosis
* Osteomalacia

4. EXTRA-ARTICULARES

Su menoscabo se valorará siguiendo el tipo de compromiso funcional (ej.: la afectación neurológica por el síndrome del túnel carpiano o la limitación funcional articular de codo o rodilla por los tofos gotosos.).

* Bursitis
* Tendinitis
* Periartritis
* Fibrositis
* Fibromialgias
* Entesitis

Para evaluar el menoscabo en la capacidad de trabajo de los Impedimentos por causa Reumatológica es fundamental tener presente que el diagnóstico de estas patologías se debe realizar en base a criterios clínicos, estudios imagenológicos y exámenes de laboratorio. Debe asegurarse que el trabajador haya recibido tratamiento suficiente y adecuado, de acuerdo a planes terapéuticos actuales.

El impedimento debe tener como mínimo un año de evolución para determinar que no habrá una recuperación funcional parcial o total. Durante el periodo deberá haber cumplido con un programa de medicina física y rehabilitación.

Para el tratamiento de alguno de estos impedimentos existen alternativas quirúrgicas que pueden mejorar el grado de menoscabo. Posterior a cirugías se debe esperar por lo menos un periodo de 6 meses para evaluar y calificar el menoscabo.

A.2) PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Las enfermedades de tipo reumatológico se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes, solicitan otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

* Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
* Examen clínico
* Evolución en el tiempo
* Historia Laboral
* Hemograma
* Eritrosedimentación
* Factor Reumatoideo
* Células LE
* Anticuerpos Antinucleares (AAN)
* Anticuerpos Anti-DNA Nativo de doble cadena
* Anti-Sm
* Anticuerpos Anti-ENA (C-ANCA Y P-ANCA Scl 70 y ANTICENTROMERO ANTIRNP)
* Antígenos de Histocompatibilidad (HLA B27)
* V.D.R.L.
* Depuración de Creatinina en orina de 24 horas
* Transaminasas T.G.O y T.G.P.)
* Calcio Sérico y en Orina de 24 horas
* Fósforo
* Fosfatasa Alcalina
* Acido úrico
* Examen General de Orina y Sedimento Urinario
* Biopsia Sinovial, Renal, Nódulos, etc.
* Radiografías de Articulaciones Comprometidas
* Ultrasonografías Articular
* Tomografía Axial Computarizada
* Resonancia Nuclear Magnética
* Densitometría ósea
* Raquimetría

A.3) VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENSOCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ARTRITIS

CLASE I **< a 10%**

* Presenta artralgias y o artritis sin deformaciones articulares, sin limitación de la actividad laboral.
* Rx que muestran tumefacción de partes blandas, desmineralización en bandas que reciben tratamiento medicamentoso.

CLASE II **11 - 25%**

* Presenta signos y síntomas de compromiso articular de tipo inflamatorio con algunas deformaciones que no requieren corrección quirúrgica.
* Rx con pinzamientos y algunas erosiones.
* Requiere tratamiento continuo

CLASE III **26 - 46%**

* Importantes deformaciones y desviaciones articulares, luxaciones y subluxaciones.
* Presenta secuelas que no le permiten realizar total o parcialmente su actividad laboral.
* Presenta compromiso de tendones y o nervios que pueden ser sometidos a correcciones quirúrgicas.
* Rx con geodas, carpitis, subluxaciones, pinzamientos.
* Controla con el tratamiento medicamentoso parcialmente la sintomatología.

CLASE IV **47 - 66%**

* Presenta severas deformidades articulares (artritis quemadas)
* Se encuentra limitado en silla de ruedas o que requiere ayuda para el aseo personal y deambulación.
* No logra controlar su sintomatología a pesar del tratamiento instituido.

Las colagenopatías serán valoradas por su repercusión en los distintos aparatos yo sistemas. Excepto el L.E.S. que será valorado de acuerdo a la tabla siguiente:

NORMAS PARA LA VALORACION DE LA DISCAPACIDAD EN CASOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

La actividad lúpica no incide en la asignación porcentual, solo se valoran para esta última las repercusiones crónicas de la enfermedad.

Tener en cuenta que los compromisos renal, neurológico, hematológico y cardio respiratorio secuelares son los que signan el pronóstico luego del correcto tratamiento de acuerdo a pautas aceptadas internacionalmente, con buena adhesión terapéutica.

Deberán contar las complicaciones inherentes al tratamiento corticoesteroideo y o inmunosupresor, sabiendo que estos pueden desencadenar de por si una segunda enfermedad, la cual será valorada por sus repercusiones en cada capítulo correspondiente.

La división por clases no debe ser rígida, ya que sabemos que existen Lupus que impresionan como rápidamente evolutivos desde el inicio, y en cambio responden correctamente al tratamiento con buena evolución.

Por el contrario, otros pacientes con pocas manifestaciones clínicas pueden tener una mala evolución a pesar de un correcto tratamiento.

Es relevante el tipo de tarea que desarrolla el individuo, dado que existen casos de Lupus paucisintomáticos, pero imposibilitados para el desempeño de sus actividades laborales.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

CLASE I **< a 15%**

* Cumple criterios diagnósticos de L.E.S.
* Las manifestaciones sistémicas, cutáneas y articulares mejoran con el tratamiento sintomático
* Puede existir microalbuminuria y la función renal es normal.
* Evoluciona favorablemente con bajas dosis de corticoesteroides.

CLASE II **16 - 30%**

* Cumple criterios diagnósticos de L.E.S.
* Las manifestaciones sistémicas cutáneas y articulares no revierten totalmente con el tratamiento sintomático.
* Puede presentar proteinuria de rango no nefrótico, sin alteraciones de la funcionalidad renal.
* Requiere de dosis mas altas de corticoesteroides con buena respuesta al mismo.
* De existir otras manifestaciones clínicas de Lupus, no inciden en el normal desempeño cotidiano o laboral del paciente.

CLASE III **31 - 51%**

* Cumple criterios diagnósticos de L.E.S.
* Las manifestaciones clínicas son de tal magnitud que impiden el normal desempeño laboral.
* Puede presentar proteinuria de 24 hs. > 3,5 gr. o insuficiencia renal leve a moderada, bajo tratamiento médico.
* Puede presentar discreta anemia normocítica normocrómica.
* Requiere dosis mas altas de corticoesteroides y o inmunosupresores con buena tolerancia, no remitiendo totalmente la sintomatología.
* Puede agregar otra sintomatología (digestiva, neurológica, ocular etc.) controlables con los tratamientos específicos.

CLASE IV **51 a 65%**

* Cumple criterios diagnósticos de L.E.S.
* Puede haber existido angina o By Pass coronario
* La proteinuria es masiva o hay una anasarca
* Presenta insuficiencia renal crónica moderada - severa o en diálisis con buena tolerancia.
* Anemia hemolítica normocítica normocrómica moderada, plaquetopenia persistente
* Signos de vasculitis a diferentes niveles.
* El tratamiento inmunosupresor es permanente, a dosis altas, y puede llegar a ser mal tolerado.

CLASE V **> 66%**

* Cumple criterios diagnósticos de L.E.S.
* El toque multiparenquimatoso es severo (artritis con secuelas funcionales permanentes; Insuficiencia renal crónica severa o diálisis mal tolerada, poliserositis; miocardiopatía isquémica severa o con mala función; fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar o infarto de pulmón; anemia severa).
* Presenta leucopenia y o trombocitopenia.
* A nivel neurológico: A.V.E., demencia, convulsiones, o psicosis.
* A nivel digestivo: infarto mesentérico
* Vasculitis a nivel del S.N.C., retina, corazón, etc.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS DEGENERATIVOS

La valoración de los menoscabos por Artrosis debe basarse en la existencia propia de la enfermedad, en las limitaciones de las articulaciones y los procesos compresivos neurales. Con tal objetivo hay que remitirse a la sección de los Nervios Espinales Periféricos y efectuar suma combinada.

En las Artrosis de Manos es preferible considerar la funcionalidad de ellas antes que la evaluación de los rangos de movilidad de cada articulación de las manos; sin embargo debe existir correlación clínico radiológica de manera que no es posible calificar Artrosis de Manos en ausencia de daño radiológico y viceversa.

En los casos de lesiones extraarticulares de mano se valorarán según la tabla de artrosis de mano.

La evaluación funcional de destreza y fuerza de las manos será evaluada por el médico perito. Las pérdidas funcionales por lesiones neurológicas se evalúan de acuerdo al nervio periférico comprometido aplicando los criterios correspondientes a la sección del Sistema Nervioso Periférico.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE ARTROSIS DE MANOS

CLASE	EXTREMIDAD DOMINANTE	EXTREMIDAD NO DOMINANTE	AMBAS MANOS
CLASE I			
Dificultad en la destreza de los dedos.	15%	10%	21%
Fuerza de garra y pinza < de 50%	20%	15%	29%
CLASE II			
No tiene destreza en los dedos.	20%	15%	27%
Fuerza de garra y pinza < de 20%	35%	20%	43%

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE ARTROSIS DE: HOMBROS - CODOS - MUÑECAS

(Articulaciones que no soportan carga corporal)

Se califican según menoscabo de rangos articulares perdidos descritos en la sección Músculo Esquelético, Ortopédico - Traumáticos.

En las Artrosis de Caderas, Rodillas o ambas, la ponderación de los rangos articulares no resulta suficiente para medir el menoscabo en la capacidad de trabajo. En éstos se evaluará la funcionalidad que involucra patrones de marcha, postura, presencia de dolor y contractura muscular.

Estos impedimentos deben calificarse con corrección quirúrgica o sin cirugía si están fuera de posibilidad terapéutica con las técnicas de sustitución. En aquellas personas con correcciones quirúrgicas el tiempo mínimo válido para evaluar y calificar menoscabo deberá ser de 6 meses.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTO DE ARTROSIS DE CADERAS - RODILLAS - TOBILLO Y PIES

(Articulaciones que soportan carga corporal)

CLASE I **< a 15%**

* Puede sostenerse de pie prolongadamente, camina en todos los terrenos.
* Tiene molestias dolorosas que necesitan tratamiento medicamentoso ocasional.

CLASE II **16% - 30%**

* Puede sostenerse de pie por períodos variables de tiempo, camina en todos los terrenos.
* Tiene molestias dolorosas que necesita tratamiento medicamentoso y fisiátrico frecuentes.

CLASE III **31% - 50%**

* Puede sostenerse de pie por períodos cortos de tiempo, camina solo en terrenos planos con uso o no de aditamentos (bastones, andaderas, muletas, etc.), pero lo hace con dificultad en gradas y o terrenos inclinados.
* Requiriendo tratamiento medicamentoso y fisiátrico permanente.

CLASE IV **51% - 70%**

* Puede sostenerse de pie con dificultad, pero no camina.
* Usa silla de ruedas o sólo se desplaza tramos cortos dentro del hogar, con uso obligatorio de aditamentos.

Nota: Los impedimentos categorizados en las clases anteriores, incluyen compromisos bilaterales, unilaterales y mixtos (Ejemplo: Cadera y Rodilla).

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS Y DEGENERATIVOS DEL RAQUIS

CLASE I < a 10%
* Sufrimiento de raquis (cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia), que incapacitan transitoriamente durante los episodios de agudización en general desencadenados por esfuerzo.
* Rangos de movilidad de segmentos conservados.
* Historia de varios empujes en su evolución que mejora con reposo y antinflamatorios.
* Los estudios imagenológicos muestran discoespondilosis u otras afecciones degenerativas.

CLASE II 11 - 25%
* Raquialgia con varios empujes en su evolución que mejora parcialmente con tratamiento médico fisiátrico.
* Historia clínica que objetive un seguimiento regular por médico asistencial especializado.
* Discreta alteración de movilidad de segmentos.
* Los estudios imagenológicos pueden mostrar discopatías degenerativas múltiples, espondilosis marcada, espondilolistesis grado I o II.

CLASE III 26 - 45%
* Raquialgia intensa de evolución crónica con o sin signos de compromiso radicular en el examen clínico o en el estudio eléctrico.
* Requiere de tratamiento en equipo multidisciplinario.
* Historia clínica que objetive un seguimiento y evolución.
* Moderada alteración de movilidad de segmentos llegando a una limitación del 50% menos.
* Los estudios imagenológicos (T.A.C y R.N.M) pueden evidenciar compromiso neurológico

CLASE IV 46 - 66%
* Raquialgia intensa de evolución crónica
* Severa alteración funcional.
* Historia clínica de sufrimiento invalidante que limita al paciente en sus actividades laborales y personales.
* Multitratados incluso con cirugía.
* Los estudios imagenológicos (TAC Y RNM) pueden evidenciar compromiso neurológico

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS METABOLICOS

GOTA
Tratamientos deficientemente cumplidos por la persona producen crisis inflamatorias articulares a repetición que pueden provocar severas deformaciones; Osteolisis, formación de tofos peri-articulares y daño renal por depósito de uratos. Estos casos pueden valorarse según las clases correspondientes a Impedimentos Reumáticos lnflamatorios. El daño renal se evaluará según lo establecido en la sección del Sistema Urinario Genital.

CONDROCALCINOSIS
Crisis repetidas pueden determinar una Artrosis Secundaria que se evaluará según su capacidad funcional (clases de los impedimentos reumáticos degenerativos). Su evaluación requiere exámenes radiológicos y la comprobación de cristales de pirofosfato de calcio en el líquido sinovial.

OSTEOPOROSIS GENERALIZADA
Para el estudio de esta patología se considerará la sección correspondiente al capítulo de Sistema Endocrino.

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS REUMATICOS EXTRAARTICULARES

Se reconocen en esta sección: Bursitis, Tendinitis, Sinovitis, Entesitis, Miotendinitis, Fibromialgias y Síndromes de Sobreuso de las Extremidades. En su etiología se identifican factores degenerativos, psicosomáticos, metabólicos y profesionales. La historia clínica del impedimento deberá orientarse a su etiología, investigando los factores de riesgo presentes en el trabajo del solicitante que lo expongan a microtraumas repetitivos, movimientos cíclicos, cuya velocidad excede el tiempo fisiológico de recuperación tisular y posturas corporales mantenidas que ocasionen daño objetivo. El origen sicosomático deberá ser evaluado en la sección de Impedimento Mental. Los eventuales daños degenerativos o metabólicos serán evaluados por biopsias del tejido afectado.

Para determinar el menoscabo global de la persona por reumatismo extra-articular de las extremidades superiores y resuelto el origen de la afección, se aplicará la valoración en forma combinada correspondiente al defecto funcional de las manos con las pérdidas de movilidad de rangos articulares.

En las Extremidades Inferiores los criterios aplicables son los contenidos en la valoración de Artrosis de esta sección.

B) IMPEDIMENTOS ORTOPEDICO - TRAUMATICOS

B.1) INTRODUCCION
Para la evaluación de las afecciones osteoarticulares se tiene en cuenta fundamentalmente las secuelas anátomo - funcionales.

B.2) CONSIDERACIONES GENERALES
La evaluación del impedimento en el sistema músculo esquelético debe estar respaldada por una descripción detallada del aspecto; forma; función; estado muscular y osteoarticular; reflejos; déficit circulatorio y alteraciones sensitivas, motoras y autonómicas. El médico perito deberá diferenciar la pérdida de la función por lesión neurológica en cuyo caso el trastorno sensitivo; autonómico; dolor y la fuerza muscular, se analizarán de acuerdo al nervio periférico afectado en la sección del Sistema Nervioso Periférico.

Un informe de atrofia muscular no es aceptable como evidencia de pérdida motora severa, sin que se realicen las medidas de circunferencia de ambos brazos o antebrazos, o ambos muslos o piernas. La atrofia muscular debe consignarse y valorarse de acuerdo a la causa que la produce.

El dolor es un factor importante como causa de la pérdida de función, pero debe estar asociado a signos físicos para ser considerado. El dolor puro, no acompañado de signos objetivos de organicidad no es objeto de incapacidad permanente.

Las conclusiones del examen físico deben determinarse con base en observaciones objetivas; es importante que el evaluador aplique técnica de pruebas y contrapruebas para asegurarse respecto de la magnitud de las observaciones.

Los hallazgos físicos que producen menoscabo deben haber persistido por un tiempo prolongado de por lo menos 12 meses sin mejoría ante una terapia bien llevada. Esto debe exigirse especialmente cuando existe cirugía previa que no ha dado el resultado esperado. Cuando existan intervenciones quirúrgicas deberá incluirse una copia del protocolo operatorio y los informes anatomopatológicos disponibles.
En caso de colocación de prótesis debemos tener en cuenta, la recuperación de la funcionalidad del miembro y de la prótesis colocada.

Las técnicas para medir la movilidad activa y de anquilosis están ilustradas. Cuando la articulación contralateral sea normal ésta deberá servir como patrón de comparación. La medición es tomada y registrada luego que la persona ha efectuado el movimiento hasta el máximo en forma activa. Al medir anquilosis ésta debe ser registrada por la desviación desde la posición neutral.
En caso de lesión anátomo-funcional del miembro más hábil se adicionará un porcentaje proporcional de hasta 5% al de la incapacidad ya calculada.

B.3) PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

* Historia Laboral
* Historia Clínica
* Examen Físico
* Examen de Valoración General
* Técnicos de medición del movimiento articular (Geniometría)
* Rx
* TAC
* Resonancia magnética
* Ultrasonografías
* Densitometrías
* Raquimetría

B.4) VALORACION DEL MENOSCABO

COLUMNA VERTEBRAL

Con fines evaluadores, los impedimentos ortopédico-traumáticos de columna vertebral se estudiarán en la forma siguiente:

1. Región Cervical
2. Región Dorsolumbar
3. Lesiones Misceláneas de Columna Vertebral

   * Cervicobraquialgia
   * Lumbalgia
   * Lumbociatalgia

CRITERIOS DE VALORACION:

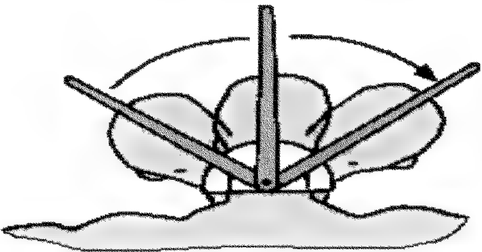
A) La evaluación del impedimento de la columna vertebral debe establecerse con base en la historia clínica, examen completo, estudio por imágenes y electrofisiología. También deben tomarse en cuenta los tratamientos incluyendo tipo, dosis y frecuencia de los fármacos y las actividades diarias y laboral de la persona. Debe efectuarse un examen físico neurológico y ortopédico incluyendo la descripción del patrón de marcha y postura, limitación de los movimientos de la columna.

B) En los casos de limitación de la movilidad, cuando son varios los movimientos afectados, se suma aritméticamente el grado de incapacidad de cada uno de ellos y el resultado es la incapacidad de la persona.

C) En los casos en que la columna se encuentra anquilosada (cervical o dorsolumbar), el valor mayor por anquilosis, representa la incapacidad global de la persona debido al sector de la columna en que se encuentre.

D) Si a la alteración de la movilidad se le agrega una lesión nerviosa radicular o periférica, se valorará ésta en el capítulo de sistema nervioso y se combinarán los porcentajes.

E) El 0º se toma cuando la cabeza o el tronco miran hacia delante.



EVALUACION DE LA MOVILIDAD POR SEGMENTOS EN LA COLUMNA VERTEBRAL

1. Región Cervical

REGION CERVICAL - INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud de la Flexión Lateral = 80 grados

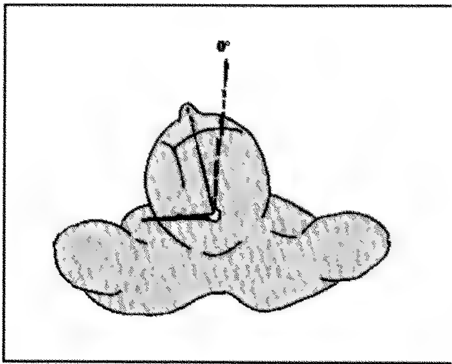
INCLINACION LATERAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	40º	0º	2%
10º	30º	10º	2%
20º	20º	20º	1%
30º	10º	30º	1%
40º	0º	40º	0%

REGION CERVICAL - INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

ANQUILOSIS

Región Anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (posición neutra)	20%
10º	25%
20º	30%
30º	35%
40º	40%



REGION CERVICAL - ROTACION DERECHA O IZQUIERDA¡Error! Marcador no definido.

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Rotación = 60º

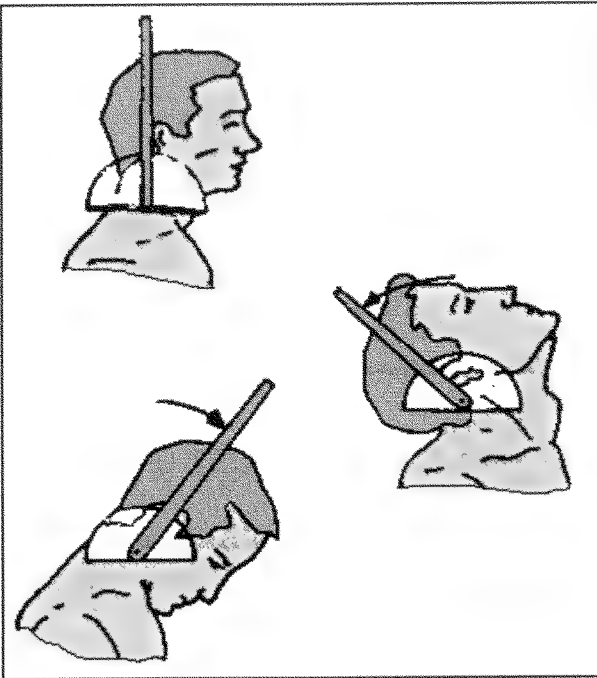
ROTACION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	30º	0º	4%
10º	20º	10º	2%
20º	10º	20º	1%
30º	0º	30º	0%

REGION CERVICAL - ROTACION DERECHA O IZQUIERDA

ANQUILOSIS

Región Anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0° (posición neutra)	20%
10°	27%
20°	33%
30°	40%



REGION CERVICAL - FLEXION O EXTENSION¡Error! Marcador no definido.

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión = 60 grados

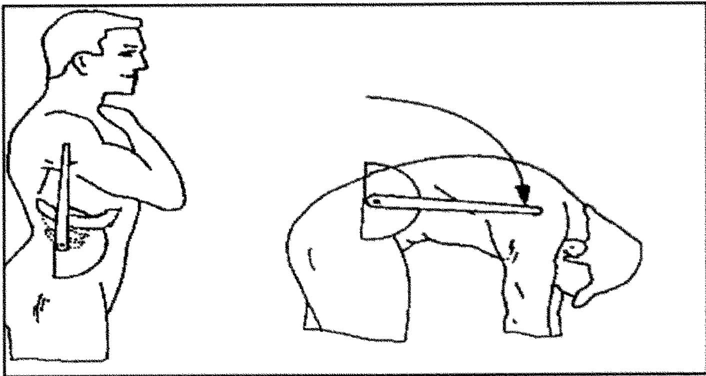
FLEXION O EXTENSION DESDE POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	30°	0º	4%
10°	20°	10°	3%
20°	10°	20°	1%
30°	0º	30°	0%

REGION CERVICAL - FLEXION O EXTENSION

ANQUILOSIS

Región anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0° (posición neutra)	20%
10°	27%
20°	33%
30°	40%



2. Región Dorsolumbar

REGION DORSOLUMBAR - FLEXION O EXTENSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 120 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	90º	0º	9%
10º	80º	10º	8%
20º	70º	20º	7%
30º	60º	30º	6%
40º	50º	40º	5%
50º	40º	50º	4%
60º	30º	60º	3%
70º	20º	70º	2%
90º	0º	90º	0%
EXTENSION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA			
0º	30º	0º	3%
10º	20º	10º	2%
20º	10º	20º	1%
30º	0º	30º	0%

REGION DORSOLUMBAR - FLEXION O EXTENSION

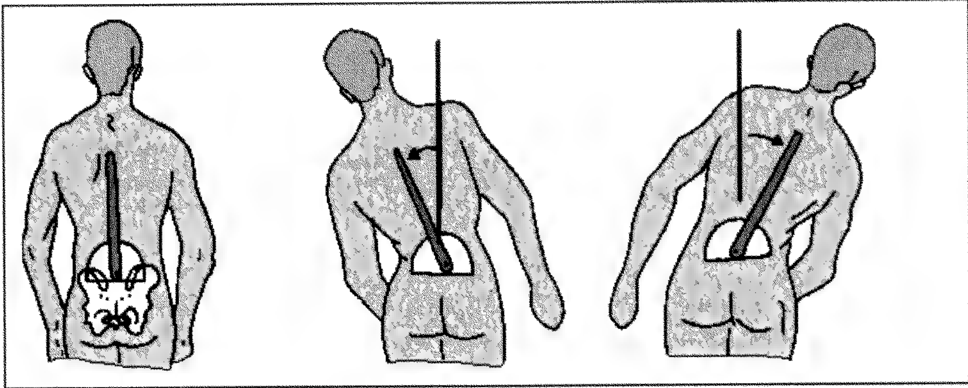
ANQUILOSIS

Región anquilosada en:

	Menoscabo global de la persona
0º (posición neutra)	30%
10º	33%
20º	37%
30º	40%
40º	43%
50º	47%
60º	50%
70º	53%
80º	57%
90º	60%

Región anquilosada en:

0º (posición neutra)	30%
10º	40%
20º	50%
30º	60%



REGION DORSOLUMBAR¡Error! Marcador no definido.
INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión Lateral = 40 grados

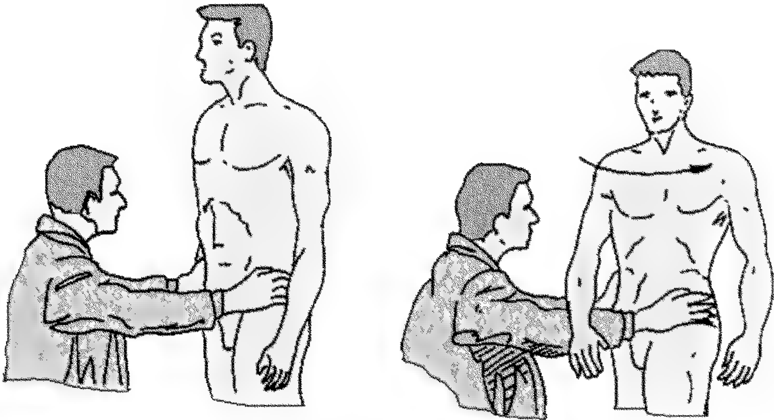
INCLINACION LATERAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	20º	0º	4%
10º	10º	10º	2%
20º	0º	20º	0%

REGION DORSOLUMBAR
INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA

ANQUILOSIS

Región anquilosada en:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (posición neutra)	30%
10º	45%
20º	60%



REGION DORSOLUMBAR
ROTACION DERECHA O IZQUIERDA

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Rotación = 60 grados

ROTACION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	30º	0º	5%
10º	20º	10º	4%
20º	10º	20º	2%
30º	0º	30º	0%

REGION DORSOLUMBAR
ROTACION DERECHA O IZQUIERDA

ANQUILOSIS

Región anquilosada en:	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (posición neutra)	30%
10º	40%
20º	50%
30º (rotación hacia la der. izq. completa)	60%

VERTEBRAS MULTIPLES
ANQUILOSIS - REGION CERVICAL Y DORSOLUMBAR

POSICION FUNCIONAL	IMPEDIMENTO GLOBAL DE LA PERSONA	POSICION DISFUNCIONAL	IMPEDIMENTO GLOBAL DE LA PERSONA
2 cervicales cualq.	3%	2 cervicales cualq.	7%
3 cervicales cualq.	7%	3 cervicales cualq.	13%
4 cervicales cualq.	10%	4 cervicales cualq.	20%
5 cervicales cualq.	13%	5 cervicales cualq.	27%
6 cervicales cualq.	17%	6 cervicales cualq.	33%
7 cervicales cualq.	20%	7 cervicales cualq.	40%
C7 y D1	2%	C7 D1	4%
2 dorsales cualq.	1%	2 dorsales cualq.	2%
3 dorsales cualq.	2%	3 dorsales cualq.	4%
4 dorsales cualq.	3%	4 dorsales cualq.	5%
5 dorsales cualq.	4%	5 dorsales cualq.	7%
6 dorsales cualq.	5%	6 dorsales cualq.	9%
7 dorsales cualq.	5%	7 dorsales cualq.	11%
8 dorsales cualq.	6%	8 dorsales cualq.	13%
9 dorsales cualq.	7%	9 dorsales cualq.	15%
10 dorsales cualq.	8%	10 dorsales cualq.	16%
11 dorsales cualq.	9%	11 dorsales cualq.	18%
12 dorsales cual.	10%	12 dorsales cual.	20%
D12 y L1	3%	D12 y L1	6%
2 lumbares cual.	5%	2 lumbares cual.	10%
3 lumbares cual.	10%	3 lumbares cual.	20%
Lumbares cual.	15%	4 lumbares cual.	30%
5 lumbares cual.	20%	5 lumbares cual.	40%
C1 - C7	20%	C1 - C7	40%
D1 - D12	10%	D1 - D12	20%
L1 - L5	20%	L1 - L5	40%
C1 - D12	28%	C1 - D12	52%
D1 - L5	28%	D1 - L5	52%
C1 - L5	42%	C1 - L5	71%

3. Lesiones Misceláneas de la Columna Vertebral

3.1. Escoliosis

La Escoliosis (desviación lateral del eje medio vertebral) podrá ser evaluada como impedimento configurado si se acompaña de las características siguientes:

a. Estructurada (rotación de cuerpos vertebrales)

b. Compensada (columna en estabilidad)

Por el contrario, el impedimento no estará configurado si la Escoliosis:

a. Es Funcional o Antalgica (sin rotación vertebral)

b. Descompensada (columna inestable)

Ambas condiciones pueden ser tratadas médica o quirúrgicamente. Las radiografías deberán incluir Columna Total en posición de pie en dos planos (AP-L) y su curvatura determinada por método de COBB.

Este método considera como límite superior de la curva a aquellas vértebras cuyo borde superior se encuentra más inclinado hacia el lado de la concavidad y como límite inferior a la vértebra cuyo borde inferior está también más inclinado hacia la concavidad.

Una vez localizadas estas 2 vértebras, se trazan 2 perpendiculares: una, al borde superior de la vértebra superior y otra, al borde inferior de la vértebra inferior. El ángulo de entrecruzamiento de éstas perpendiculares, dará la medida de la curva escoliótica.

ESCOLIOSIS

(MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA)

INCURVACION	DORSAL	DORSOLUMBAR	LUMBAR
- de 20º	9%	17%	6%
20º a 30º	15%	24%	12%
30º a 40º	24%	37%	21%
40º a 50º	30%	43%	27%
+ de 50º	36%	49%	33%

El menoscabo de incurvaciones de varios segmentos se obtiene por suma combinada.

3.2 Dorso Curvo

El impedimento cifótico dorsal se valorará según tabla de Anquilosis en flexión de columna dorsolumbar. Sólo son evaluables deformidades mayores de 40°.

3.3 Fracturas Vertebrales

a. Fractura de una Vértebra

COMPRESION DEL CUERPO DE UNA VERTEBRA	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0% compresión (curada)	0%
25% compresión	5%
50% compresión	10%
+ 50% compresión	20%
Fractura de elementos posteriores	5%
Subluxación	10%

La seudoartrosis de apófisis espinosa determina un 0% de menoscabo global de la persona. Los pedículos, láminas, apófisis articulares y transversas se incluyen bajo la consideración de menoscabo debido a fractura de elementos posteriores de una vértebra.

El menoscabo producido por la compresión del cuerpo vertebral y la fractura de los elementos posteriores se suman aritméticamente.

b. Fractura de dos o más Vértebras
El menoscabo determinado para cada cuerpo vertebral y sus elementos posteriores, se sumarán aritméticamente; y este menoscabo se sumará combinado a la otra u otras vértebras comprometidas.

Ejemplo: Tres vértebras

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
PRIMERA VERTEBRA	
0% compresión	0%
Fractura de Elementos Posteriores	5%
	5%
SEGUNDA VERTEBRA	
75% compresión	20%
Fractura apófisis articular	5%
	25%
TERCERA VERTEBRA	
25% compresión	5%
Fractura pedículo	5%
	10%

5 combinado con 25 = 29%
29 combinado con 10 = 36%

MENOSCABO TOTAL 36%

3.4 Hernia del Núcleo pulposo y discopatias
Las hernias del núcleo pulposo diagnosticadas sin tratamiento quirúrgico, salvo contraindicación médica, no configuran impedimento. Esta afección se reconocerá después de 12 meses de tratamiento médico quirúrgico y rehabilitador.

	MENOSCABO GLOBAL
Hernia núcleo pulposo operada sin secuelas	10%
Hernia núcleo pulposo operada con secuelas segmentarias y sin evidencia electrofisiológica	20%
Hernia núcleo pulposo operada con secuelas segmentarias y neurológicas motoras	35%
Hernia núcleo pulposo operada, dos intervenciones o más, con secuelas segmentarias y neurológicas motoras	50%

En las Hernias del Núcleo Pulposo de más de un segmento se combinarán los menoscabos de cada una.

3.5 Osteoporosis vertebral generalizada

Se manifesta por dolor, limitación de los movimientos y espasmo muscular paravertebral; debe ser confirmada mediante estudios radiológicos. La asignación del menoscabo se determina en la sección correspondiente del capítulo Sistema Endocrino.

3.6 Luxaciones - Subluxaciones - Luxofracturas

La valoración del menoscabo por estos impedimentos se evaluará después de un mínimo de 12 meses de tratamiento médico quirúrgico y rehabilitador. Se reconocen:

	Menoscabo Globar
Operadas sin secuelas	10%
Operadas con secuelas segmentarias	20%
Operadas con secuelas segmentarias y neurológicas radiculares	35%
Operadas en dos intervenciones o más con secuelas segmentarias y neurológicas radiculares	50%
Operadas con daño medular definitivo pero autovalente.	70%
Operadas con daño medular definitivo, dependiente de terceros (gran invalidez)	90%

3.7 Listesis - Espondilolistésis - Seudoespondilolistésis

La presencia asintomática de estos impedimentos no asigna menoscabo. Si se producen alteraciones funcionales se aplicarán todos los criterios del numeral anterior.

CERVICO BRAQUIALGIAS

* Sin trastornos circulatorios y o neurológicos leves
* Sin trastornos circulatorios y o neurológicos moderados
* Con trastornos circulatorios y o neurológicos leves
* Con trastornos circulatorios y o neurológicos moderados
* Con trastornos circulatorios y o neurológicos graves

LUMBALGIAS

* Sin manifestaciones clínicas, ni Rx.
* Con manifestaciones clínicas y Rx.

LUMBOCIATALGIAS

* Sin manifestaciones clínicas, Rx y neurológicas
* Con manifestaciones clínicas, Rx (por ejemplo pinzamiento intervertebral) y neurológicas (Electromiograma y o Electrodiagnostico (+)

MIEMBROS SUPERIORES

Las extremidades superiores corresponden:

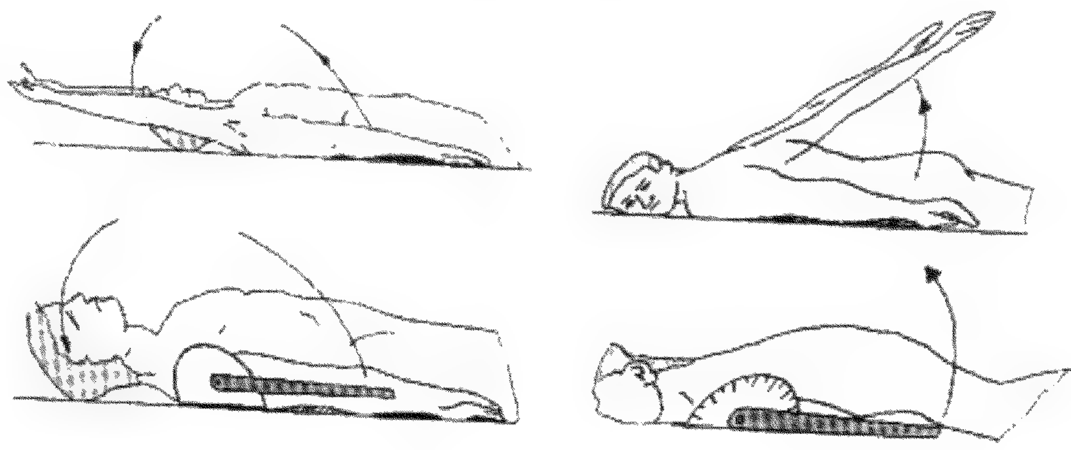
mano - articulación radiocarpiana - codo - hombro

Mano

* 5 dedos
  * pulgar
  * índice
  * medio
  * anular
  * meñique

Dedos

* 3 articulaciones
  * interfalángica distal
  * interfalángica proximal
  * interfalángica metacarpofalángica



ARTICULACION DEL HOMBRO
ELEVACION ANTERIOR Y POSTERIOR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud media de la elevación hacia adelante y hacia atrás = 190º

Elevación hacia delante desde La posición neutra (0º) hasta	Perdidos	Conservados	Menoscabo global Extremidad Superior	Menoscabo Global de la Persona
0º	150º	0º	16%	10%
10º	140	10%	15%	9%
20º	130º	20%	14%	8%
30º	120º	30º	13%	8%
40º	110º	40º	12%	7%
50º	100º	50º	11%	7%
60º	90º	60º	9%	5%
70º	80º	70º	8%	5%
80º	70º	80º	7%	4%
90º	60º	90º	6%	4%
100º	50º	100º	5%	3%
110º	40º	110º	4%	2%
120º	30º	120º	3%	2%
130º	20º	130º	2%	1%
140º	10º	140º	1%	1%
150º	0%	150º	0%	0%
Elevación hacia atrás desde La posición neutra (0º) hasta				
0º	40º	0º	4%	2%
10º	30º	10º	3%	2%
20º	20º	20º	2%	1%
30º	10º	30º	1%	1%
40º	0º	40º	0%	0%

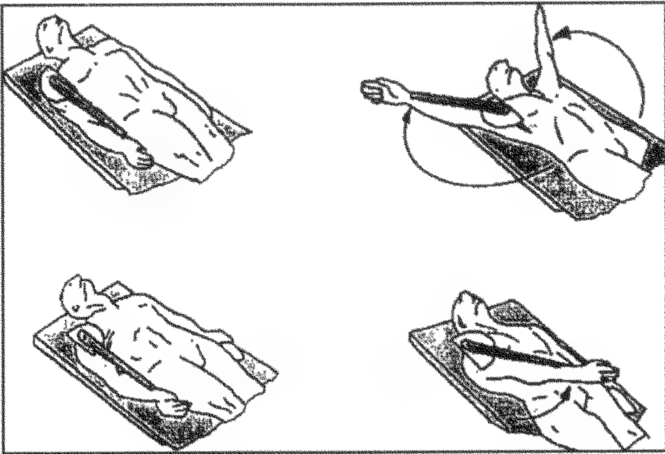
ARTICULACION DEL HOMBRO
ELEVACION ANTERIOR Y POSTERIOR

ANQUILOSIS

Elevación Anterior Articulación Anquilosada en:	**Menoscabo de la Extremidad Superior**	**Menoscabo global de la Persona**
0º (posición neutra)	60%	36%
10º	53%	32%
20º	47%	28%
30º	40%	24%
40º	45%	27%
50º	50%	30%
60º	55%	33%
70º	60%	36%
80º	65%	39%
90º	70%	42%
100º	75%	45%
110º	80%	48%
120º	85%	51%
130º	90%	54%
140º	95%	57%
150º (elevación hacia delante completa)	100%	60%

Elevación Posterior
Articulación Anquilosada en:

0º (posición neutral)	60%	36%
10º	70º	42%
20º	80%	48%
30º	90%	54%
40º (elevación completa hacia atrás)	100%	60%

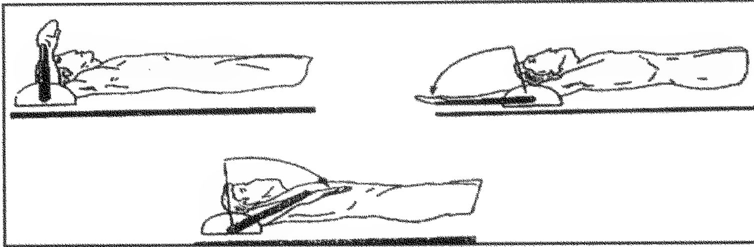


ARTICULACION DEL HOMBRO ABDUCCION Y ADDUCCION
MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud media de ABDUCCION - ADDUCCION = 180 grados

Abducción desde la Posición Neutra (0") hasta	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la Extremidad Superior	Menoscabo global de la Persona
0º	150º	0º	17%	10%
10º	140º	10º	16%	10%
20º	130º	20º	14%	8%
30º	120º	30º	13%	8%
40º	110º	40º	12%	7%
50º	100º	50º	11%	7%
60º	90º	60º	10%	6%
70º	80º	70º	9%	5%
80º	70º	80º	8%	5%
90º	60º	90º	7%	4%
100º	50º	100º	6%	4%
110º	40º	110º	4%	2%
120º	30º	120º	3%	2%
130º	20º	130º	2%	1%
140º	10º	140º	1%	1%
150º	0º	150º	0%	0%
Adducción desde la posición neutra (0º) hasta				
0º	30º	0º	3%	2%
10º	20º	10º	2%	1%
20º	10º	20º	1%	1%
30º	0º	30º	0%	0%

ARTICULACION DEL HOMBRO ABDUCCION Y ADDUCCION
ANQUILOSIS

ANQUILOSADA EN:	MENOSCABO EXTREMIDAD	MENOSCABO GLOBAL
0º	60%	36%
10º	56%	34%
20º	51%	31%
30º	47%	28%
40º	42%	25%
45º	40%	24%
50º	43%	26%.
60º	49%	29%
70º	54%	32%
80º	60%	36%
90º	66%	40%
100º	71%	42%
110º	77%	46%
120º	83%	50%
130º	89%	53%
140º	94%	56%
150º (abducción máxima)	100%	60%
0º	60%	36%
10º	73%	44%
20º	87%	52%
30º (adducción máxima)	100%	60%

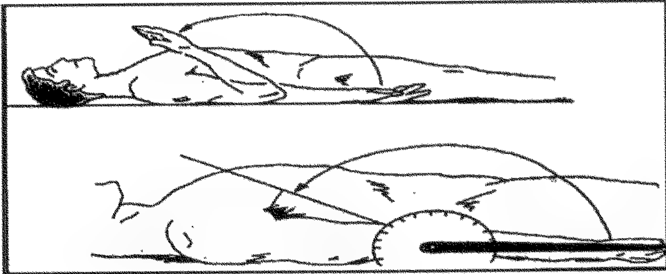


ARTICULACION DEL HOMBRO
ROTACION INTERNA Y EXTERNA

MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud Media de Rotación = 130 grados

ROTACION INTERNA DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	40º	0º	6%	4%
10º	30º	10º	5%	3%
20º	20º	20º	3%	2%
30º	10º	30º	2%	1%
40º	0º	40º	0%	0%
ROTACION EXTERNA DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA				
0º	90º	0º	14%	8%
10º	80º	10º	12%	7%
20º	70º	20º	11%	7%
30º	60º	30º	9%	5%.
40º	50º	40º	8%	5%
50º	40º	50º	6%	4%
60º	30º	60º	5%	3%
70º	20º	70º	3%	2%
80º	10º	80º	2%	1%
90º	0º	90º	0%	0%
ANQUILOSIS				
ARTICULACION ANQUILOSADA EN:				
0º (POSICION NEUTRA)			60%	36%
10º			70%	42%
20%			80%	48%
30º			90%	54%
40º (ROTACION INTERNA COMPLETA)			100%	60%
0º (POSICION NEUTRA)			60%	36%
10º			50%	30%
20º			40%	24%
30º			49%	29%
40º			57%	34%
50º.			66%	40%
60º			74%	44%
70º			83%	50%
80º			91%	55%
90º (ROTACION EXTERNA COMPLETA)			100%	60%

2. Articulación del Codo



ARTICULACION DEL CODO
FLEXION Y EXTENSION

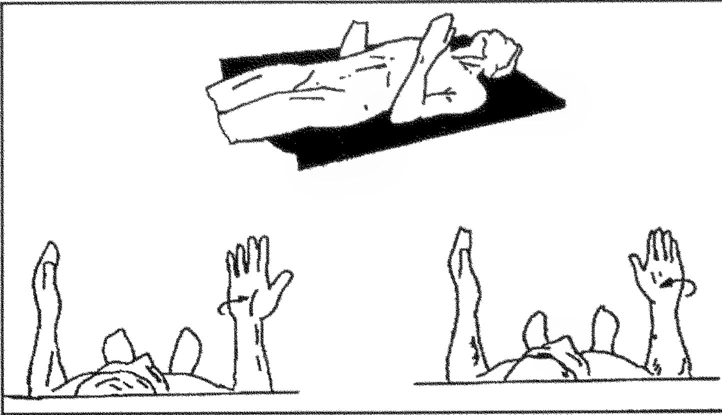
MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 150º

FLEXION ACTIVA	MENOSCABO EXTREMIDAD	MENOSCABO GLOBAL
0º	39%	23%
10º	36%	22%
20º	34%	20%
30º	31%	19%
40º	29%	17%

50º	26%	16%
60º	23%	14%
70º	21%	13%
80º	18%	11%
90º	16%	10%.
100º	13%	8%
110º	10%	6%
120º	8%	5%
130º	5%	3%
140º	3%.	2%
150º	0%	0%
EXTENSION HASTA:		
0º (POSICION NEUTRAL)	0%	0%
10º	2%	1%
20º.	4%	2%
30º	6%	4%
40º	8%	5%
50º	10%	6%
60º	12%	7%
70º	14%	8%
80º	16%	10%
90º	18%	11%
100º	20%	12%
110º	22%	13%
120º	24%	14%
130º	26%	16%
140º	28%	17%
150º	30%	18%

ANQUILOSIS

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:	**MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPARIOR**	**MENOSCABO GLOBAL**
0º	65%	39%
10º	64%	38%
20º	62%	37%
30º	61%	37%
40º	59%	35%
50º	58%	35%
60º	56%	34%
70º	55%	33%
80º	53%	32%
90º	52%	31%
100º	50%	30%
110º	59%	35%
120º	68%	41%
130º	77%	46%
140º	86%	52%
150º (Flexión completa)	95%	57%



ARTICULACION DEL CODO
FLEXION Y EXTENSION - PRONACION Y SUPINACION

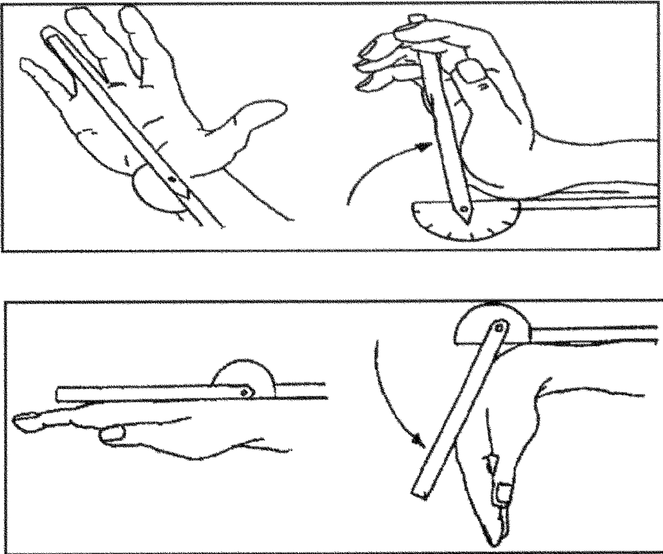
MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud Media de rotación = 160 grados

SUPINACION O PRONACION DESDE POSICION NEUTRA (0º) HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	80º	0º.	13%	8%
10º	70º	10º	11%	7%
20º	60º	20º	10%	6%
30º	50º	30º	8%	5%
40º	40º	40º	7%	4%
50º	30º	50º	5%	3%
60º	20º	60º	3%	2%
70º	10º	70º	2%	1%
80º	0º	80º	0%	0%

ANQUILOSIS:

Articulación anquilosado en:		
0º (POSICION NEUTRA)	65%	39%
10º	69%	41%
20º	73%	44%
30º	76%	46%
40º	80%	48%
50º	84%	50%
60º	88%	53%
70º	91%	55%
80º (SUPINACION O PRONACION COMPLETA)	95%	57%

4. Articulación de la Muñeca



ARTICULACION DE LA MUÑECA
FLEXION DORSO - PALMAR

Amplitud Media de la Flexión Dorso - Palmar = 130 grados

FLEXION - DORSAL

Movimiento restringido:

FLEXION DORSAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	60º	0º	10%	6%
10º	50º	10º	5%	5%
20º	40º	20º	6%	4%
30º	30º	30º	5%	3%
40º	20º	40º	3%	2%
50º	10º	50º	2%	1%
60º	0º	60º	0%	0%

ANQUILOSIS:

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	28%	17%
20º	27%	16%
30º	25%	15%
40º	47%	23%
50º	68%	41%
60º (FLEXION DORSAL COMPLETA)	90%	54%

FLEXION - PALMAR

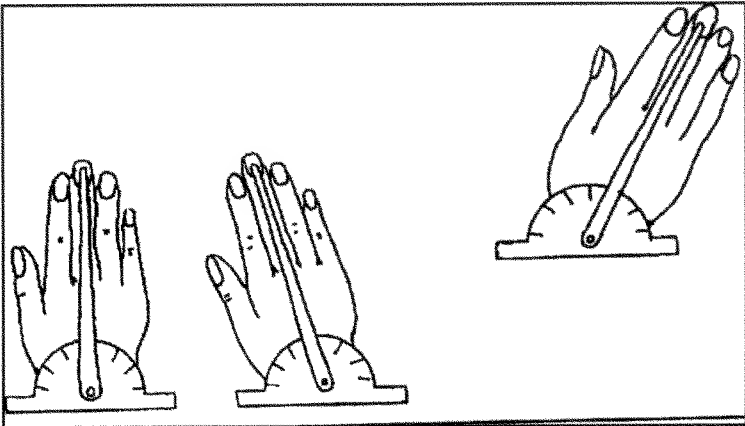
Movimiento restringido:

FLEXION PALMAR DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	70º	0º	11%	7%
10º	60º	10º	10%	6%
20º	50º	20º	8%	5%
30º	40º	30º	6%	4%
40º	30º	40º	5%	3%
50º	20º	50º	3%	2%
60º	10º	60º	2%	1%
70º	0º	70º	0%	0%

ANQUILOSIS:

Articulación anquilosada en:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	39%	23%
20º	47%	28%
30º	56%	34%
40º	64%	38%
50º	73%	44%
60º	81%	49%
70º (FLEXION PALMAR COMPLETA)	90%	54%



ARTICULACION DE LA MUÑECA
RADIALIZACION Y CUBITALIZACION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Desviación Radial - Cubital = 50 grados

DESVIACION RADIAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	20º	0º	4%	2%
10º	10º	10º	2%	1%
20º	0º	20º	0%	0%

DESVIACION CUBITAL DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:

0º	30ª	0º	5%	3%
10º	20º	10º	4%	2%
20"	10º	20º	2%	1%
30º	0º.	30º	0%	0%

ANQUILOSIS
ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	60%	36%
20º (DESVIACION RADIAL COMPLETA)	90%	54%

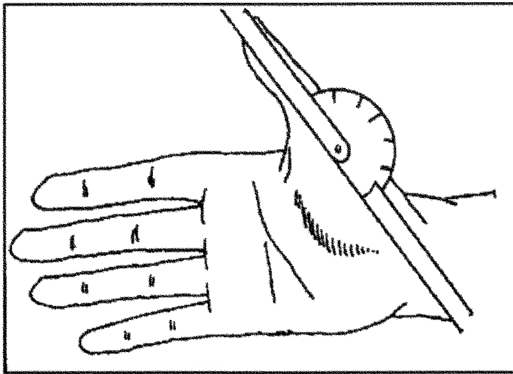
ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRA)	30%	18%
10º	50%	30%
20º	70%	42%
30º (DESVIACION CUBITAL COMPLETA)	90%	54%

4. Articulaciones de los Dedos

El impedimento debido a alteraciones en el movimiento de los dedos de la mano debe relacionarse con el menoscabo referido a la mano y ésta en relación a la extremidad superior que a su vez debe ser referida a la persona global.

A. Articulación interfalángica del pulgar



ARTICULACION INTERFALANGICA DEL PULGAR

Amplitud Media de la flexión - extensión = 80 grados

Movimiento restringido:

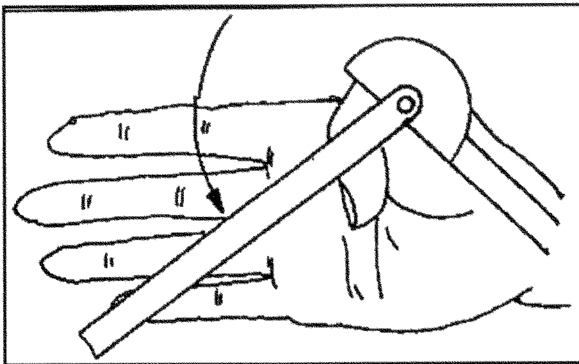
MOVILIDAD	PERDIDA	MENOSCABO PULGAR	MENOSCABO DE LA MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL
80º	0º	0%	0%	0%	0º
60º	20º	11%	4%	4%	2%
40º	40º	23%	8%	7%	5%
20º	60º	34%	13%	12%	7%
0º	80º	45%	8%	16%	10%

ANQUILOSIS:

ANQUILOSADA EN:

80º (FLEXION COMPLETA)	75%	30%	27%	16%
60º	55%	22%	20%	12%
40º	35%	14%	13%	8%
20º	40%	16%	14%	8%
0º (POSICION NEUTRAL)	45%	18%	16%	10%

B. Articulación Metacarpofalángica del Pulgar



ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR

Amplitud Media de la flexión - extensión = 60 grados

Movimiento restringido:

MOVILIDAD	PERDIDA	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO DE LA MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL
60º	0º	0%	0%	0%	0%
40º	20º	18%	7%	6%	4%
20º	40º	37%	15%	14%	8%
0º	60º	55%	22%	20%	12%.

ANQUILOSIS:

ANQUILOSADA EN:

60º (FLEXION COMPLETA)	80%	32%	29%	17%
40º	61%	24%	22%	13%
20º	43%	17%	15%	9%
0º (POSICION NEUTRA)	55%	22%	20%	12%

C. Articulación Carpometacarpiana del Pulgar

ARTICULACION CARPOMETACARPIANA DEL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de Flexión - Extensión = 45 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEL PULGAR	MENOSCABO DE LA MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL
0º	15º	0º	15%	6%	5%	3%
10º	10º	10º	5%	2%	2%	1%
15º	0º	15º	0%	0%	0%	0%
EXTENSION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:						
0º	30º	0º	15%	6%	5%	3%
10º	20º	10º	10%	4%	4%	2%
20º	10º	20º	5%	2%	2%	1%
30º	0º	30º	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS:

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º (POSICION NEUTRAL)	30%	12%	11%	7%
10º	55%	22%	20%	12%
15º (FLEXION COMPLETA)	80%	31%	28%	17%
0º (POSICION NEUTRAL)	30%	12%	11%	7%
10º	47%	19%	17%	10%
20º	63%	25%	23%	14%
30º (EXTENSION COMPLETA)	80%	31%	28%	17%

MENOSCABO DE LA MANO EN RELACION AL DEDO PULGAR

PULGAR	MANO	PULGAR	MANO	PULGAR	MANO	PULGAR	MANO
0%-1%=	0%	24%-26%=	10%	49%-51%=	20%	74%-76%=	30%
2%-3%=	1%	27%-28%=	11%	52%-53%=	21%	77%-78%=	31%
4%-6%=	2%	29%-31%=	12%	54%-56%=	22%.	79%-81% =	32%
7%-8%=	3%	32%-33%=	13%	57%-58%=	23%	82%-83%=	33%
9%-11%=	4%	34%-36%=	14%	59%-61%=	24%	84%-86%=	34%
12%-13%=	5%	37%-38%=	15%	62%-63%=	25%	87%-88%=	35%
14%-16%=	6%	39%-41%=	16%	64%-66%=	26%	89%-91%=	36%
17%-18%=	7%	42%-43%=	17%	67%-68%=	27%	92%-93%=	37%
19%-21%=	8%	44%-46%=	18%	69%-71%=	28%	94%-96%=	38%
22%-23%=	9%	47%-48%=	19%	72%-73%=	29%	97%-98%=	39%
						99%-100%=	40%

D. Articulaciones de Otros Dedos

ARTICULACION METACARPOFALANGICA DE LOS DEDOS EXCEPTO EL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 90 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA (0º) HASTA:	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º	90º	0º	55%	8%
10º	80º	10º	49%	7%
20º	70º	20º	43%	6%
30º	60º	30º	37%	5%

40º	50º	40º	31%	4%
50º	40º	50º	24%	3%
60º	30º	60º	18%	3%
70º	20º	70º	12%	2%
80º	10º	80º	6%	1%
90º	0º	90º	0%	0%

ANQUILOSIS:
ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (POSICION NEUTRAL	8%
10º	8%
20º	7%
30º	6%
40º	8%
50º	8%
60º	10%
70º	11%
80º	13%
90º (FLEXION COMPLETA)	14%

ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DE DEDOS EXCEPTO EL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 100 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO DE LA PERSONA
0º	100º	0º	60%	8%
10º	90º	10º	54%	8%
20º	80º	20º	48%	7%
30º	70º	30º.	42%	6%
40º	60º	40º	36%	5%
50º	50º	50º	30%	4%
60º	40º	60º	24%	3%
70º	30º	70º	18%	3%
80º	20º	80º	12%	2%
90º	10º.	90º	6%	1%
100º	0º	100º	0%	0%

ANQUILOSIS:

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
0º (POSICION NEUTRAL)	60%	8%
10º	58%	8%
20º	55%	8%
30º	53%	8%
40º	50%	7%
50º	55%	8%
60º	60%	8%
70º	65%	8%
80º	70%	10%'
90º	75%	10%
100º (FLEXION COMPLETA)	80%	11%

ARTICULACION INTERFALANGICA DISTAL DE LOS DEDOS EXCEPTO EL PULGAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 70 grados

FLEXION DESDE LA POSICION NEUTRA HASTA	PERDIDOS	CONSERVADOS	MENOSCABO DEDO	MENOSCABO DE LA PERSONA
0º	70º	0º	45%	6%
10º	60º	10º	38%	5%
20º	50º	20º	32%	4%
30º	40º	30º	26%	4%
40º	30º	40º	19%	3%
50º	20º	50º	13%	2%
60º	10º	60º	6%	1%
70º	0º	70º	0%	0%

ANQUILOSIS:

ARTICULACION ANQUILOSADA EN:

0º	45%	6%
10º	41%	5%
20º	38%	5%
30º	34%	5%
40º	30%	4%
50º	35%	5%
60º	40%	5%
70º	45%	6%

MENOSCABO DE LA MANO POR ANQUILOSIS MULTIPLES DE DEDOS

Todas las articulaciones: Anquilosis en:

	EXTENSION COMPLETA	**POSICION FUNCIONAL**	**FLEXION COMPLETA**
PULGAR	30%	25%	38%
PULGAR, INDICE	53%	45%	63%
PULGAR, INDICE YMEDIANO	71%	61%	83%
PULGAR, INDICE Y ANULAR	62%	53%	73%
PULGAR, INDICE Y MEÑIQUE	58%	49%	68%
PULGAR, INDICE, MEDIANO Y ANULAR	80%	69%	93%
PULGAR, INDICE, MEDIANO Y MEÑIQU	76%	65%	88%
PULGAR, INDICE, ANULAR Y MEÑIQUE	67%	57%	78%
PULGAR, INDICE,MEDIANO,ANULAR, Y MEÑIQUE	85%	73%	98%
PULGAR Y MEDIANO	48%	41%	58%
PULGAR, MEDIANO Y ANULAR	57%	49%	68%
PULGAR, MEDIANO Y MEÑIQUE	53%	45%	63%
PULGAR, MEDIANO, ANULAR Y MEÑIQUE	62%	53%	73%
PULGAR Y ANULAR	39%	33%	48%
PULGAR, ANULAR Y MEÑIQUE	44%	37%	53%
PULGAR Y MEÑIQUE	35%	29%	43%
INDICE	23%	20%	25%
INDICE Y MEDIANO	41%	36%	45%
INDICE, MEDIANO Y ANULAR	50%	44%	55%
INDICE, MEDIANO Y MEÑIQUE.	46%	40%	50%
INDICE, MEDIANO, ANULAR Y MEÑIQUE	55%	48%	60%
INDICE Y ANULAR	32%	28%	35%
INDICE, ANULAR Y MEÑIQUE	37%	32%	40%
INDICE Y MEÑIQUE	28%	24%	30%
MEDIANO	18%	16%	20%
MEDIANO Y ANULAR	27%	24%	30%
MEDIANO, ANULAR Y MEÑIQUE	32%	28%	35%
MEDIANO Y MEÑIQUE	23%	20%	25%
ANULAR	9%	8%	10%
ANULAR Y MEÑIQUE	14%	12%	5%
MEÑIQUE	5%	4%	5%

MENOSCABO DE LA MANO EN RELACION A LOS DEDOS

MENOSCABO DEDO INDICE		MANO	**MENOSCABO** DEDO MEDIANO		MANO
0% - 1%	=	0%	0% - 2%	=	0%
2% - 5%	=	1%	3% - 7%	=	1%
6% - 9%	=	2%	8% - 12%	=	2%
10% - 13%	=	3%	13% - 17%	=	3%
14% - 17%	=	4%	18% - 22%	=	4%
18% -21%	=	5%	23% - 27%	=	5%
22% - 25%	=	6%	28% - 32%	=	6%
26% - 29%	=	7%	33% - 37%	=	7%
30% - 33%	=	8%	38% - 42%	=	8%
34% - 37%	=	9%	43% - 47%	=	9%
38% - 41%	=	10%	48% - 52%	=	10%
42% - 45%	=	11%	53% - 57%	=	11%
46% - 49%	=	12%	58% - 62%	=	12%
50% - 53%	=	13%	63% - 67%	=	13%
54% - 57%	=	14%	68% - 72%	=	14%
58% - 61%	=	15%	73% - 77%	=	15%
62% - 65%	=	16%	78% - 82%	=	16%
66% - 69%	=	17%	83% - 87%	=	17%

70% - 73%	=	18%
74% - 77%	=	19%
78% - 81%	=	20%
82% - 85%	=	21%
86% - 89%	=	22%
90% - 93%	=	23%
94% - 97%	=	24%
98% - 100%	=	25%

DEDO MEÑIQUE

0% - 9%	=	0%
10% - 29%	=	1%
30% - 49%	=	2%
50% - 69%	=	3%
70% - 89%	=	4%
90% - 100%	=	5%

88% - 92%	=	18%
93% - 97%	=	19%
97% - 1005	=	20%

DEDO ANULAR

0% - 4%	=	0%
5% - 14%	=	1%
15% - 24%	=	2%
25% - 34%	=	3%
35% - 44%	=	4%
45% - 54%	=	5%
55% - 64%	=	6%
65% - 74%	=	7%
75% - 84%	=	8%
85% - 94%	=	9%
95% - 100%	=	10%

MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR
EN RELACION A LA MANO

MENOSCABO MANO	EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO MANO	EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO MANO	EXTREMIDAD SUPERIOR
0%	0%	35%=	32%	70%=	63%
1%	1%	36%=	32%	71%=	64%
2%	2%	37%=	33%	72%,=	65%
3%	3%	38%=	34%	73%=	66%
4%	4%	39%=	35%	74%=	67%
5%	5%	40%=	36%	75%=	68%
6%	5%	41%=	37%	76%=	68%
7%	6%	42%=	38%	77%=	69%
8%	7%	43%=	39%	78%=	70%
9%	8%	44%=	40%	79%=	71%
10%	9%	45%=	41%	80%=	72%
11%	10%	46%=	41%	81%=	73%
12%	11%	47%=	42%	82%=	74%
13%	12%	48%=	43%	83%=	75%
14%	13%	49%=	44%	84%=	76%
15%	14%	50%=	45%	85%=	77%
16%	14%	51%=	46%	86%=	77%
17%	15%	52%=	47%	87%=	78%
18%	16%	53%=	48%	88%=	79%
19%	17%	54%=	49%	89%=	80%
20%	18%	55%=	50%	90%=	81%
21%	19%	56%=	50%	91%=	82%
22%	20%	57%=	51%	92%=	83%
23%	21%	58%=	52%	93%=	84%
24%	22%	59%=	53%	94%=	85%
25%	23%	60%=	54%	95%=	86%
26%	23%	61%=	55%	96%=	86%
27%	24%	62%=	56%	97%=	87%
28%	25%	63%=	57%	98%=	88%
29%	26%	64%=	58%	99%=	89%
30%	27%	65%=	59%	100%=	90%
31%	28%	66%=	59%		
32%	29%	67%=	60%		
33%	30%.	68%=	61%		
34%	31%	69%=	62%		

MENOSCABO DE LA PERSONA GLOBAL
EN RELACION A LA EXTREMIDAD SUPERIOR

EXTREMIDAD SUPERIOR		PERSONA GLOBAL	EXTREMIDAD SUPERIOR		PERSONA GLOBAL	EXTREMIDAD SUPERIOR		PERSONA GLOBAL
0%	=	0%	35%	=	21%	70%	=	42%
1%	=	1%	36%	=	22%	71%	=	43%
2%	=	1%	37%	=	22%	72%	=	43%
3%	=	2%	38%	=	23%	73%	=	44%
4%	=	2%	39%	=	23%	74%	=	44%
5%	=	3%	40%	=	24%	75%	=	45%
6%	=	4%	41%	=	25%	76%	=	46%
7%	=	4%	42%	=	25%	77%	=	46%
8%	=	5%	43%	=	26%	78%	=	47%
9%	=	5%	44%	=	26%	79%	=	47%
10%	=	6%	45%	=	27%	80%	=	48%
11%	=	7%	46%	=	28%	81%	=	49%

12%	=	7%	47%	=	28%	82%	=	49%
13%	=	8%	48%	=	29%	83%	=	50%
14%	=	8%	49%	=	29%	84%	=	50%
15%	=	9%	50%	=	30%	85%	=	51%
16%	=	10%	51%	=	31%	86%	=	52%
17%	=	10%	52%	=	31%	87%	=	52%
18%	=	11%	53%	=	32%	88%	=	53%
19%	=	11%	54%	=	32%	89%	=	53%
20%	=	12%	55%	=	33%	90%	=	54%
21%	=	13%	56%	=	34%	91%	=	55%
22%	=	13%	57%	=	34%	92%	=	55%
23%	=	14%	58%	=	35%	93%	=	56%
24%	=	14%	59%	=	35%	94%	=	56%
25%	=	15%	60%	=	36%	95%	=	57%
26%	=	16%	61%	=	37%	96%	=	58%
27%	=	16%	62%	=	37%	97%	=	58%
28%	=	17%	63%	=	38%	98%	=	59%
29%	=	17%	64%	=	38%	99%	=	59%
30%	=	18%	65%	=	39%	100%	=	60%
31%	=	19%	66%	=	40%			
32%	=	19%	67%	=	40%			
33%	=	20%	68%	=	41%			
34%	=	20%	69%	=	41%			

RESUMEN DE MENOSCABOS

DEDOS, MANO, EXTREMIDAD SUPERIOR, PERSONA

100% MENOSCABO DE	MENOSCABO MANO	MENOSCABO EXTREMIDAD SUPERIOR	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
Pulgar	40%	36%	22%
Indice	25%	23%	14%
Medio	20%	18%	11%
Anular	10%	9%	5%
Meñique	5%	5%	3%
Mano	-----	90%	54%
Extremidad Superior	-----	------	60%

MIEMBROS INFERIORES

Las extremidades inferiores se dividen en:

* Pie - Art. Tibio-Tarsiana - Rodilla - Cadera

El pie tiene cinco dedos.

* Dedo mayor
  - Dos articulaciones
    * Interfalángica
    * Metatarsofalángica

* Los cuatro dedos restantes
  - Tres articulaciones
    * Interfalángica distal
    * Interfalángica proximal
    * Metatarso falángico

La valoración de la funcionalidad igual que para miembros superiores.

1. ARTICULACION COXO FEMORAL O DE LA CADERA

ARTICULACION COXO FEMORAL - FLEXION Y EXTENSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud media de la Flexión - Extensión = 130 grados

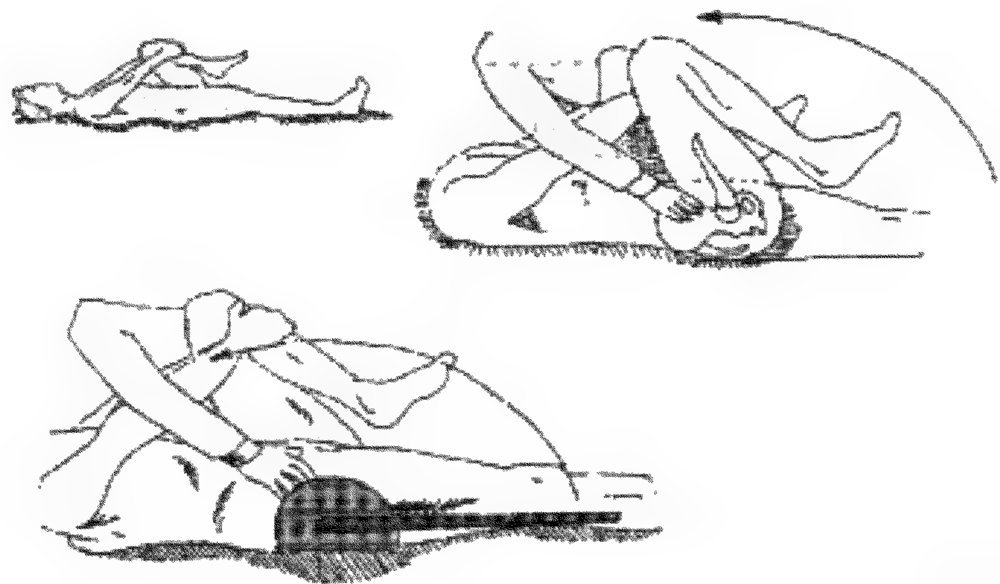
FLEXION:

Flexion Hacia Delante Desde La Posicion Neutra (0º) Hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la extremidad Inferior	Menoscabo global De la persona
0º	100º	0º	18%	7%
10º	90º	10º	16%	7%
20º	80º	20º	14%	6%
30º	70º	30º	12%	5%
40º	60º	40º	11%	4%
50º	50º	50º	9%	4%
60º	40º	60º	7%	3%
70º	30º	70º	5%	3%
80º	20º	80º	4%	2%
90º	10º	90º	2%	1%
100º	0º	100º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	70%	28%
10º	62%	25%
20º	54%	22%
25º	50%	20%
30º	53%	21%
40º	60%	24%
50º	67%	27%
60º	73%	29%
70º	80%	32%
80º	87%	35%
90º	93%	37%
100º (flexión hacia adelante completa)	100%	40%



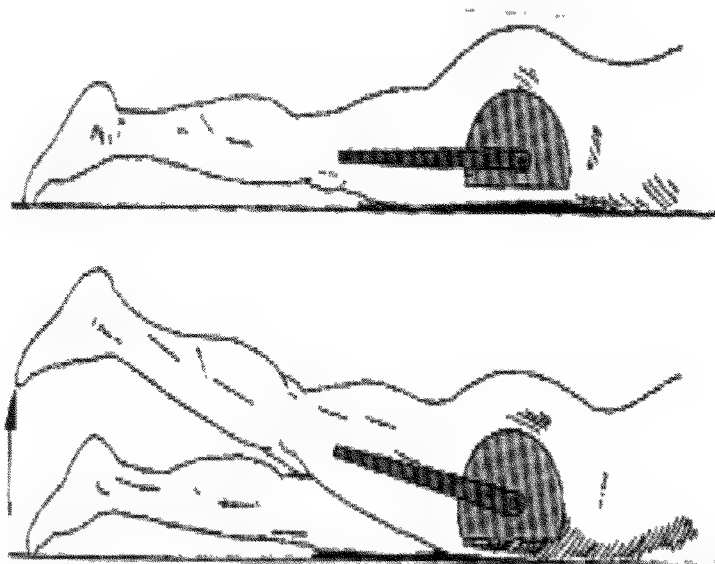
EXTENSION
Movimiento restrigido

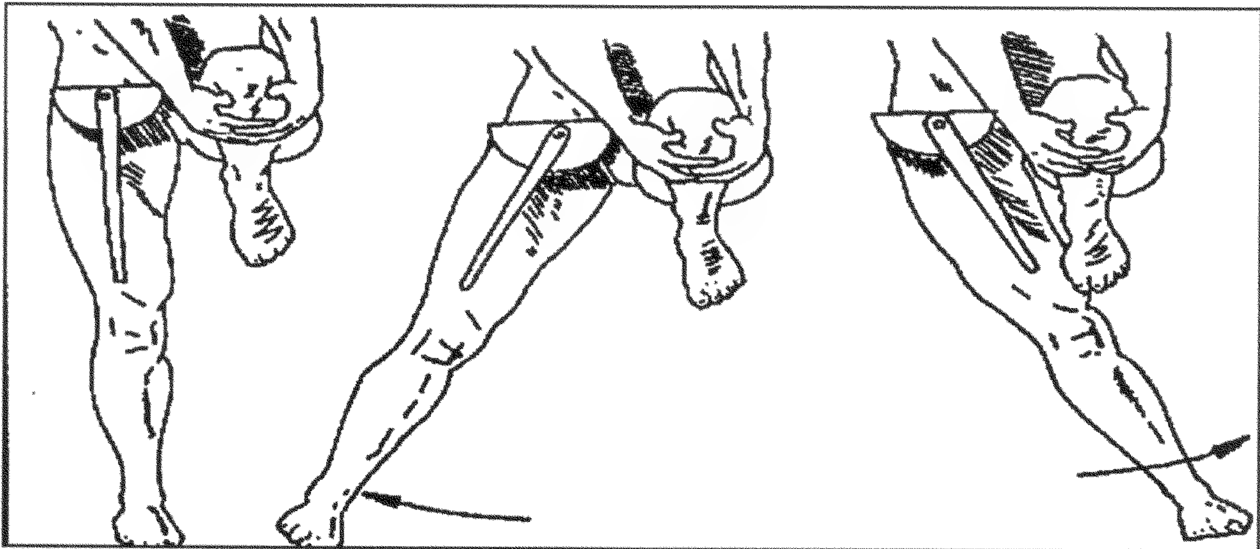
Extensión hacia atrás desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
0º	30º	0º	5%	2%
10º	20º	10º	4%	2%
20º	10º	20º	2%	1%
30º	0º	30º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	70%	28%
10º	80%	32%
30º (extensión completa hacia atrás)	100%	40%





ARTICULACION COXO FEMORAL - ABDUCCION Y ADDUCCION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Abducción - Adducción = 60 grados

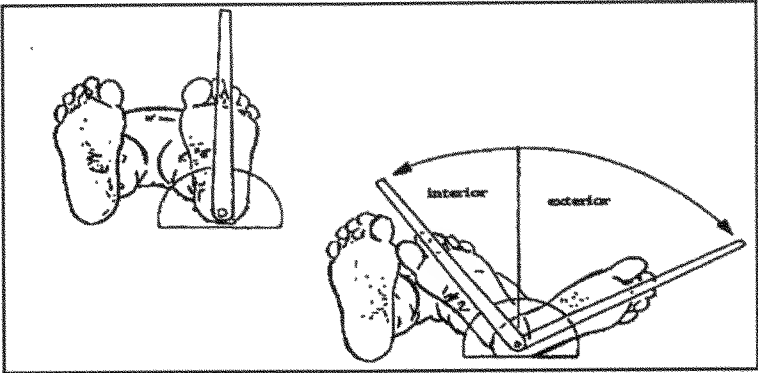
Abducción desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
0º	40º	0º	16%	6%
10º	30º	10º	12%	5%
20º	20º	20º	8%	3%
30º	10º	30º	4%	2%
40º	0º	40º	0%	0%
Adducción desde la posición neutra (0º) hasta:				
0º	20º	0º	8%	3%
10º	10º	10º	4%	2%
20º	0º	20º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)			70%	28%

10º	78%	31%
20º	85%	345
30º	93%	37%
40º (Abducción completa)	100%	40%
0º (posición neutra)	70%	28%
10º	85%	34%
20º (adducción completa)	100%	40%



ARTICULACION DE LA CADERA
MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Rotación.= 90 grados

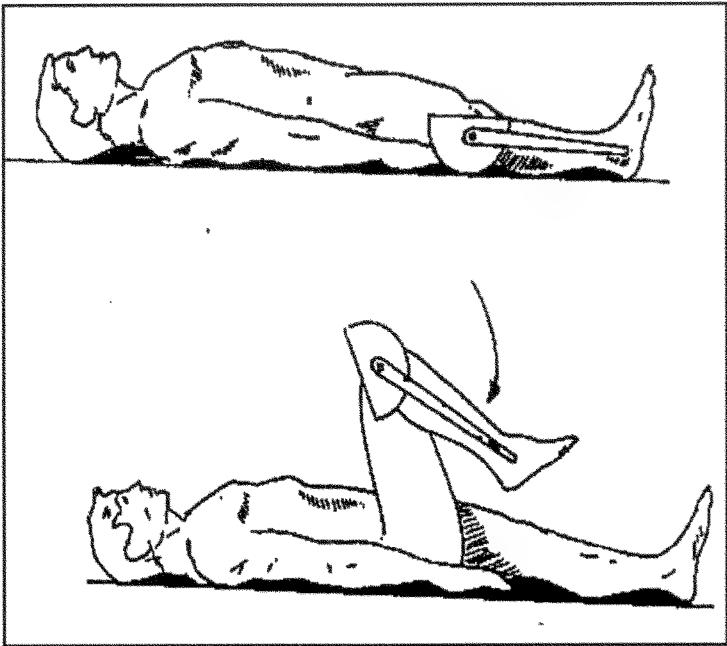
Abducción desde la posición neutra (0º) hasta:	**Perdidos**	**Conservados**	**Menoscabo de la extremidad inferior**	**Menoscabo global de la persona**
0º	40º	0º	10%	4%
10º	30º	10º	8%	3%
20º	20º	20º	5%	2%
30º	10º	30º	3%	1%
40º	0º	40º	0%	0%
Rotación desde la posición neutra (0º) hasta:				
0º	50º	0º	13%	5%
10º	40º	10º	10%	4%
20º	30º	20º	8%	3%
30º	20º	30º	5%	2%
40º	10º	40º	3%	1%
50º	0º	50º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	70%	28%
10º	70%	31%
20º	85%	34%
30º	93%	37%
40º (rotación interna completa)	100%	40%
0º (posición neutra)	70%	28%
10º	76%	30%
20º	82%	33%
30º	88%	35%
40º	94%	38%
50º (rotación externa completa)	100%	40%

2. Articulación de la Rodilla



ARTICULACION DE LA RODILLA FLEXION - EXTENSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO
Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 150 grados

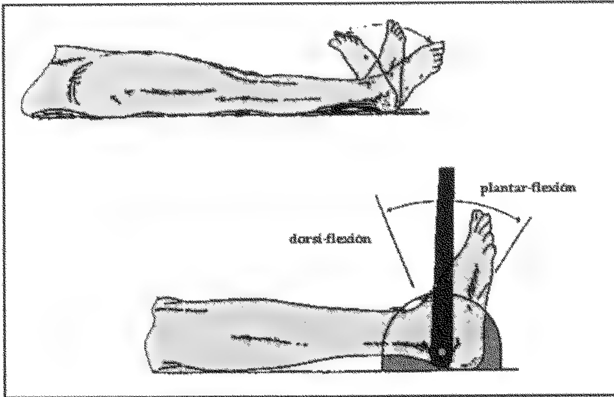
Flexión activa de	Mensocabo de la Extremidad Inferior	Menoscabo Global
0º	53%	21%
10º	49%	20%
20º	46%	18%
30º	42%	17%
40º	39%	16%
50º	35%	14%
60º	32%	13%
70º	28%	11%
80º	25%	10%
90º	21%	8%
100º	18%	7%
110º	14%	6%
120ª	11%	4%
130ª	7%	13%
140ª	4%	2%
150º	0%	0%
Extensión hasta		
0º (posición neutral)	0%	0%
10º	1%	0%
20º	7%	3%
30º	17%	7%
40º	27%	11%
50º a 150º	90%	36%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutral)	53%	21%
10º	50%	20%
20º	60%	24%
30º	70%	28%
40º	80%	32%
50º a 150º (flexión completa)	90%	36%

3. Articulación Tibiotarsiana



ARTICULACION TIBIOTARSIANA. FLEXION DORSO-PLANTAR

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión Dorso-Plantar = 60 grados

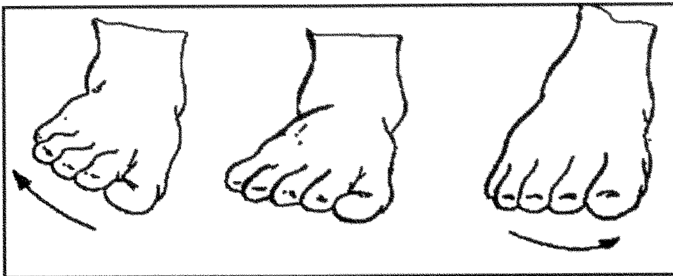
Flexión dorsal desde la posición neutra (0º) hasta:	**Perdidos**	**Conservados**	**Menoscabo de la Extremidad Inferior**	**Menoscabo Global de la Persona**
0º	20º	0º	7%	3%
10º	10º	10º	4%	2%
20º	0º	20º	0%	0%
Flexión desde la posición neutra (0º) hasta:				
0º	40º	0º	14%	6%
10º	30º	10º	11%	4%
20º	20º	20º	7%	3%
30º	10º	30º	4%	2%
40º	0º	40º	0%	0%

ANQUILOSIS:

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)	30%	12%
10º	50%	20%
20º (flexión dorsal completa)	70%	28%
0º (posición neutra)	30%	12%
10º	40%	16%
20º	50%	20%
30º	60%	24%
40º (flexión plantar completa)	70%	28%

4. Articulaciones del Pie



ARTICULACIONES DEL PIE - INVERSION Y EVERSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Inversión - Eversión = 50 grados

Inversión desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo de la Extremidad Inferior	Menoscabo Global de la persona
0º	30º	0º	5%	2%
10º	20º	10º	4%	2%
20º	10º	20º	2%	1%
30º	0º	30º	0%	0%
Eversión desde la posición neutra (0º) hasta:				
0º	20º	0º	4%	2%
10º	10º	10º	2%	1%
20º	0º	20º	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)			30%	12%
10º			43%	17%
20º			57%	23%
30º (inversión completa)			70%	28%
0º (posición neutra)			30%	12%
10º			50%	20%
20º (eversión completa)			70%	28%

5. Restricción de los Movimientos Articulares de los dedos de los Pies

ARTICULACION INTERFALANGICA DISTAL DEL SEGUNDO AL QUINTO DEDO DEL PIE

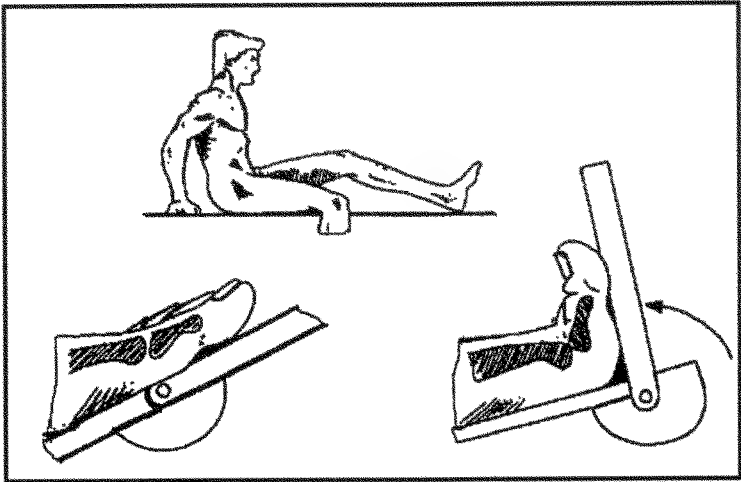
MOVIMIENTO RESTRINGIDO: Carece de valor funcional

	Menoscabo de los dedos	Menoscabo del pie	Menoscabo extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
ANQUILOSIS				
Articulación anquilosada en:				
Flexión dorsal	45%	1%	1%	0%
Posición neutral	30%	1%	1%	0%
Flexión plantar (dedo en martillo)	45%	1%	1%	0%

ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DEL SEGUNDO AL QUINTO DEDO DEL PIE

MOVIMIENTO RESTRINGIDO: Carece de valor funcional

	Menoscabo de los dedos	Menoscabo del pie	Menoscabo extremidad inferior	Menoscabo global de la persona
ANQUILOSIS				
Articulación anquilosada en:				
Flexión dorsal	80%	2%	1%	0%
Posición neutral	45%	1%	1%	0%
Flexión plantar	80%	2%	1%	0%



ARTICULACION INTERFALANGICA DEL DEDO MAYOR¡Error! Marcador no definido.
DEL PIE FLEXION Y EXTENSION

MOVIMIENTO RESTRINGIDO

Amplitud Media de la Flexión - Extensión = 30 grados

Flexión desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados dedo mayor	Menoscabo del pie	Menoscabo extremidad	Menoscabo inferior	Menoscabo global
0º	30º	0º	45%	8%	6%	2%
10º	20º	10º	30%	5%	4%	2%
20º	10º	20º	15%	3%	2%	1 %
30º	0º	30º	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS:

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)			45%	8%	6%	2%
10º			55%	10%	7%	3%
20º			65%	12%	8%	3%
30º (flexión completa)			75%	14%	10%	4%

ARTICULACION METATARSOFALANGICA DEL DEDO MAYOR DEL PIE FLEXION DORSAL Y PLANTAR

A. FLEXION DORSAL

Movimiento restringido:

Amplitud Media de la Flexión Dorsal = 50 grados

Valor del arco de movimiento completo = 100%

Flexión dorsal desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo del dedo Mayor	Menoscabo del pie	Menoscabo Extremidad Inferior	Menoscabo global
0º	50º	0º	34%	6%	4%	2%
10º	40º	10º	28%	5%	4%	2%
20º	30º	20º	21%	4%	3%	1%
30º	20º	30º	14%	3%	2%	1%
40º	10º	40º	7%	1%	1%	0%
50º	0º	50º	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:

0º (posición neutra)			55%	10%	7%	3%
10º			64%	12%	8%	3%

20º			73%	13%	9%	4%
30º			82%	15%	11%	4%
40º			91%	17%	12%	5%
50º (Flexion dorsal completa)			100%	18%	13%	5%

B. FLEXION PLANTAR

Movimiento restringido:

Amplitud Media de la Flexión Plantar = 30 grados.

Valor del arco de movimiento completo = 100%

Flexión dorsal desde la posición neutra (0º) hasta:	Perdidos	Conservados	Menoscabo del dedo Mayor	Menoscabo del pie	Menoscabo Extremidad Inferior	Menoscabo global
0º	30º	0º	21%	4%	3%	1%
10º	20º	10º	14%	3%	2%	1%
20º	10º	20º	7%	1%	1%	0%
30º	0º	30º	0%	0%	0%	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:						
0º (posición neutra)			55%	10%	7%	3%
10º			70%	13%	9%	4%
20º			85%	16%	11%	4%
30º (flexión plantar completa)			100%	18%	13%	5%

MENOSCABO DE CADA DEDO (SEGUNDO AL QUINTO) RESPECTO AL PIE Y LA EXTREMIDAD INFERIOR

DEDO	PIE	EXTREMIDAD INFERIOR	PERSONA GLOBAL
0% -16%	0%	0%	0%
17% - 49%	1%	1%	0%
50% - 83%	2%	1%	0%
84% -100%	3%	- 2%	1%

MENOSCABO DEL PIE EN RELACION AL DEDO MAYOR

MENOSCAB0 DEDO MAYOR	PIE	MENOSCABO DEDO MAYOR	PIE
O%-2%=	0%	53% - 57%=	10%
3%-8%=	1%	58% - 62%=	11%
9%-13%=	2%	63% - 68%=	12%
14%-19%=	3%	69% - 73%=	13%
20%-24%=	4%	74% - 79%=	14%
25%-30%=	5%	80% - 84%=	15%
31%-35%=	6%	85%- 90%=	16%
36%-41%=	7%	91% - 95%=	17%
42% -46%=	8%	96%-100%=	18%
47%-52%=	9%		

MENOSCABO DEL PIE POR ANQUILOSIS MULTIPLE DEDOS

Anquilosada en:	Extensión completa	Posición neutra	Flexión completa
Dedo Mayor	14%	13%	18%
Dedo Mayor y Segundo	17%	15%	21%
Dedo Mayor, Segundo y Tercero	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Segundo y Cuarto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Segundo y Quinto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Tercero y Cuarto	23%	19%	27%
Dedo Mayor, Segundo Tercero y Quinto	23%	19%	27%
Dedo Mayor, Segundo Cuarto y Quinto	23%	19%	27%
Dedo Mayor, Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	26%	21%	30%
Dedo Mayor y Tercero	17%	15%	21%
Dedo Mayor, Tercero y Cuarto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Tercero y Quinto	20%	17%	24%
Dedo Mayor, Tercero, Cuarto y Quinto	23%	19%	27%
Dedo Mayor y Cuarto	17%	15%	21%
Dedo Mayor, Cuarto y Quinto	20%	17%	24%
Dedo Mayor y Quinto	17%	15%	21%
Dedo Segundo	3%	2%	3%

Dedo Segundo y Tercero	6%	4%	6%
Dedo Segundo, Tercero y Cuarto	9%	4%	9%
Dedo Segundo, Tercero y Quinto9%	9%	6%	9%
Dedo Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	12%	8%	12%
Dedo Segundo y Cuarto	6%	4%	6%
Dedo Segundo, Cuarto y Quinto	9%	6%	9%
Dedo Segundo y Quinto	6%	4%	6%
Dedo Tercero	3%	2%	3%
Dedo Tercero y Cuarto	6%	4%	6%
Dedo Tercero, Cuarto y Quinto	9%	6%	9%
Dedo Tercero y Quinto	6%	4%	6%
Dedo Cuarto	3%	2%	3%
Dedo Cuarto y Quinto	6%	4%	6%
Dedo Quinto	3%	2%	3%

MENOSCABO EXTREMIDAD INFERIOR EN RELACION AL PIE

Pie		Menoscabo Extremidad Inferior	Pie		Menoscabo Extremidad Inferior	Pie		Menoscabo Extremidad Inferior
0%	=	0%	35%	=	25%	70%	=	49%
1%	=	1%	36%	=	25%	71%	=	50%
2%	=	1%	37%	=	26%	72%	=	50%
3%	=	2%	38%	=	27%	73%	=	51%
4%	=	3%	39%	=	27%	74%	=	52%
5%	=	4%	40%	=	28%	75%	=	53%
6%	=	4%	41%	=	29%	76%	=	53%
7%	=	5%	42%	=	29%	77%	=	54%
8%	=	6%	43%	=	30%	78%	=	55%
9%	=	6%	44%	=	31%	79%	=	55%
10%	=	7%	45%	=	32%	80%	=	56%
11%	=	8%	46%	=	32%	81%	=	57%
12%	=	8%	47%	=	33%	82%	=	57%
13%	=	9%	48%	=	34%	83%	=	58%
14%	=	10%	49%	=	34%	84%	=	595
15%	=	11%	50%	=	35%	85%	=	60%
16%	=	11%	51%	=	36%	86%	=	60%
17%	=	12%	52%	=	36%	87%	=	61%
18%	=	13%	53%	=	37%	88%	=	62%
19%	=	13%	54%	=	38%	89%	=	62%
20%	=	14%	55%	=	39%	90%	=	63%
21%	=	15%	56%	=	39%	91%	=	64%
22%	=	15%	57%	=	40%	92%	=	64%
23%	=	16%	58%	=	41%	93%	=	65%
24%	=	17%	59%	=	41%	94%	=	66%
25%	=	18%	60%	=	42%	95%	=	67%
26%	=	18%	61%	=	43%	96%	=	67%
27%	=	19%	62%	=	43%	97%	=	68%
28%	=	20%	63%	=	44%	98%	=	69%
29%	=	20%	64%	=	45%	99%	=	69%
30%	=	21%	65%	=	46%	100%	=	70%
31%	=	22%	66%	=	46%			
32%	=	22%	67%	=	47%			
33%	=	23%	68%	=	48%			
34%	=	24%	69%	=	48%			

MENOSCABO DE LA PERSONA GLOBAL EN RELACION A LA EXTREMIDAD INFERIOR

MENOSCABO			MENOSCABO			MENOSCABO		
Extremidad Inferior		Persona Global	Extremidad Inferior		Persona Global	Extremidad Inferior		Persona Global
0%	=	0%	35%	=	14%	70%	=	28%
1%	=	0%	36%	=	14%	71%	=	28%
2%	=	1%	37%	=	15%	72%	=	29%
3%	=	1%	38%	=	15%	73%	=	29%
4%	=	2%	39%	=	16%	74%	=	30%
5%	=	2%	40%	=	16%	75%	=	30%
6%	=	2%	41%	=	16%	76%	=	30%
7%	=	3%	42%	=	17%	77%	=	31%
8%	=	3%	43%	=	17%	78%	=	31%
9%	=	4%	44%	=	18%	79%	=	32%
10%	=	4%	45%	=	18%	80%	=	32%
11%	=	4%	46%	=	18%	81%	=	32%
12%	=	5%	47%	=	19%	82%	=	33%
13%	=	5%	48%	=	19%	83%	=	33%
14%	=	6%	49%	=	19%	84%	=	34%
15%	=	6%	50%	=	20%	85%	=	34%
16%	=	6%	51%	=	20%	86%	=	34%
17%	=	7%	52%	=	21%	87%	=	35%
18%	=	7%	53%	=	21%	88%	=	35%

19%	=	8%	54%	=	22%	89%	=	36%
20%	=	8%	55%	=	22%	90%	=	36%
21%	=	8%	56%	=	22%	91%	=	36%
22%	=	9%	57%	=	23%	92%	=	37%
23%	=	9%	58%	=	23%	93%	=	37%
24%	=	10%	59%	=	24%	94%	=	38%
25%	=	10%	60%	=	24%	95%	=	38%
26%	=	10%	61%	=	24%	96%	=	38%
27%	=	11%	62%	=	25%	97%	=	39%
28%	=	11%	63%	=	25%	98%	=	39%
29%	=	12%	64%	=	26%	99%	=	40%
30%	=	12%	65%	=	26%	100%	=	40%
31%	=	12%	66%	=	26%			
32%	=	13%	67%	=	27%			
33%	=	13%	68%	=	27%			
34%	=	14%	69%	=	28%			

6. Amputaciones

TABLA DE AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES INFERIORES

	Menoscabo Extremidad Inferior	**Menoscabo Global de la persona**
Hemipelvectomia	-----	80%
Desarticulación cadera	100%	70%
Amputación 1/3 proximal muslo	100%	60%
Amputación tercio medio y distal	90%	50%
Desarticulación de rodilla	90%	40%
Amputación bajo rodilla muñón funcional	70%	35%
Amputación tobillo	70%	30%
Amputación pie - Chopart	53%	25%
Amputación medio tarso	35%	25%
Amputación de todos los dedos	30%	21%
Amputación 1er. dedo en MTT	21%	15%
Amputación 1er. dedo en MTF	18%	13%
Amputación 1er. dedo IF	10%	7%
Amputación 2do. a 5to. Dedo	4%	3%

Amputación de:	**Menoscabo del pie**
Dedo Mayor	18%
Dedo Mayor y Segundo	21%
Dedo Mayor, Segundo y Tercero	24%
Dedo Mayor, Segundo y Cuarto	24%
Dedo Mayor, Segundo y Quinto	24%
Dedo Mayor, Segundo Tercero y Cuarto	27%
Dedo Mayor, Segundo Cuarto y Quinto	27%
Dedo Mayor, Segundo, Tercero y Quinto	27%
Dedo Mayor, Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	30%
Dedo Mayor y Tercero	21%
Dedo Mayor, Tercero y Cuarto	24%
Dedo Mayor, Tercero y Quinto	24%
Dedo Mayor, Tercero, Cuarto y Quinto	27%
Dedo Mayor y Cuarto	21%
Dedo Mayor, Cuarto y Quinto	24%
Dedo Mayor y Quinto	21%
Dedo Segundo	3%
Dedo Segundo y Tercero	6%
Dedo Segundo, Tercero y Cuarto	9%
Dedo Segundo, Tercero y Quinto	9%
Dedo Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto	12%
Dedo Segundo y Cuarto	6%
Dedo Segundo, Cuarto y Quinto	9%
Dedo Segundo y Quinto	6%
Dedo Tercero	3%
Dedo Tercero y Cuarto	6%
Dedo Tercero, Cuarto y Quinto	9%
Dedo Tercero y Quinto	6%
Dedo Cuarto	3%
Dedo Cuarto y Quinto	6%
Dedo Quinto	3%

TABLA DE AMPUTACIONES EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

	Menoscabo Extremidad	Menoscabo de la persona
Desarticulación del Hombro	97%	60%
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides	97%	60%

Amputación por encima del codo y desarticulación del codo	95%	57%
Amputación 1 3 proximal antebrazo	95%	57%
Amputación 1 3 medio y distal antebrazo y desarticulación muñeca	90%	54%
Amputación transmetacarpiana	90%	54%
Amputación de todos los dedos excepto pulgar	54%	32%
Amputación pulgar	36%	25%
Amputación pulgar en IF	27%	15%
Amputación índice	23%	14%
Amputación índice IFP	18%	11%
Amputación índice IFD	10%	6%
Amputación dedo medio	18%	11%
Amputación dedo medio IFP	14%	8%
Amputación dedo medio IFD	8%	5%
Amputación anular	9%	5%
Amputación anular en IFP	7%	4%
Amputación anular en IFD	5%	3%
Amputación meñique	5%	3%
Amputación meñique en IFP	4%	1%
Amputaciones anular y meñique	27%	15%

ANEXO TECNICO

El médico perito debe tener presente la posibilidad de que la patología músculo esquelética que refiere la persona, sea derivada o agravada por el tipo de trabajo que ésta desarrolla.

Debemos tener en cuenta en toda la valoración del menoscabo:

*** Función.**

*** Alteración de los movimientos de cada articulación.**

*** Anquilosis**

*** Factores predisponentes**

- obesidad, escoliosis, hiperlordosis, vértebras de transición, asimetría de los miembros inferiores
- condición física muscular no compatible con la actividad laboral
- estado cardiovascular y respiratorio no compatible con la actividad laboral
- edad
- sexo

*** Factores de Riesgo Ocupacional**

- esfuerzos excesivos por trabajo físico exigente
- esfuerzos físicos repetidos en flexión y o rotación de columna
- esfuerzos físicos en posiciones no ergonómicas
- vibración continua en posición obligada

*** Cronicidad**

Su inicio tuvo carácter agudo pero en la actualidad presenta ausentismo laboral en calidad y cantidad significativas (enmarcados en los plazos legales) por esa causal.

PRINCIPALES AFECCIONES QUE PRODUCEN MENOSCABO

A) COLUMNA VERTEBRAL

*** Impedimento Profesional de la Columna Vertebral**

Se considera como portador de menoscabo al trabajador que presenta patología de la Columna Vertebral, que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Historia laboral detallada que certifique que el trabajador ha estado realmente expuesto a uno o más de los factores de riesgo ocupacional durante tiempo mayor de cinco años continuos en jornada completa.
2. Los síntomas y signos se presentan o se desarrollan durante el trabajo.
3. Las alteraciones anatómicas demostrables son mayores que las que pueden esperarse para un individuo de la misma edad, no expuesto a los factores de riesgo profesional.
4. La presencia de otras patologías de la columna como las inflamatorias y tumorales excluyen el diagnóstico de impedimento profesional.

B) MIEMBROS SUPERIORES

1) Secuela de Fracturas

a). Traumatismos sin secuelas
Traumatismos con secuelas

* leves
* moderadas
* graves

Seudoartrosis	evaluaciones favorables
Seudoartrosis	evaluaciones desfavorables o más de dos años de evolución

2) Amputaciones:

Que por si solas implican un menoscabo severo.

a) ambas manos

b) manos frías

c) una mano y un pie

d) La amputación puede ser total o segmentaria

3) Osteomielitis Crónica

a) sin fístulas

b) con fístulas

La osteomielitis de localización múltiple y manifestaciones sistémica se considerará un menoscabo global de la persona mayor del 70%

4) Poliomielitis

* De un miembro
* De dos miembros:
* Superiores
* Inferiores

5) Neoplasias

(Capitulo de Impedimentos Neoplásicos)

6) Lesiones osteoarticulares

* Infecciosas
* Parasitarias
* leves
* moderadas
* graves (con manifestaciones clínicas, Rx y de laboratorio)

7) Lesiones Degenerativas

Artrosis

* Primitivas

* Leves
* Moderados
* Graves

* Secundarias
* Moderadas
* Graves

C) MIEMBROS INFERIORES

La patología es similar a la de los miembros superiores. Debemos resaltar Impedimento Profesional de las Rodillas.

Los trabajadores que laboran en posiciones hincados y esfuerzo de rotación y lateralización, presentan lesiones en las rodillas que se pueden clasificar en intraarticulares y extra-articulares. Las lesiones extra-articulares son generalmente tendinitis, bursitis o lesiones ligamentarias y no asignan menoscabo porque se recuperan con tratamiento médico, quirúrgico, rehabilitador, reposo y reubicación laboral.

Como impedimento profesional intra-articular crónico se encuentra la Artrosis.

La artrosis de la Rodilla es una enfermedad frecuente en la población general y para establecer su naturaleza laboral es necesario que se cumplan los requisitos siguientes:

I. Historia laboral detallada y responsable que certifique que el trabajador ha estado realmente expuesto a uno o más de los factores de riesgo ocupacional, durante un tiempo mayor de cinco años continuos en jornada completa.

2. Que la artrosis sea de grado superior a la que a juicio del perito correspondería a la esperada de acuerdo a la edad del trabajador.

3. Ausencia de otros factores reconocidos como predisponentes, tales como defectos de alineamiento, secuelas de lesiones traumáticas o enfermedades anteriores.

4. Las lesiones pueden ser bilaterales aunque no necesariamente de igual grado. Para objetivar el impedimento debe exigirse una historia clínica completa con especial atención al examen físico de la Rodilla. Se debe contar con un examen radiológico con el paciente de pie en dos planos y Radiografía Axial de Rótula, que determine claramente el grado de estrechamiento articular, esclerosis subcondral, existencia de osteofitos, alteraciones de las superficies o imágenes de osteocondronecrosis.

Lesiones Misceláneas de la Extremidad Inferior

Hay situaciones especiales que requieren una evaluación diferente:

Acortamiento de las Extremidades Inferiores

En situaciones de acortamiento debido a defecto de alineación o de deformidad se deben sumar aritméticamente los siguientes valores a las secuelas funcionales:

ACORTAMIENTO	MENOSCABO
Mayor de 2 cm	5% de la persona global
Mayor de 3 cm	10% de la persona global
Mayor de 4 cm	15% de la persona global
Mayor de 5 cm	20% de la persona global

Lesiones de Tejidos Blandos

Las lesiones graves de las extremidades superiores o inferiores que comprometan tejido óseo, vascular y nervioso que hayan sido tratadas durante 12 meses o más **sin** restaurar su función deberán calificarse como amputaciones a nivel correspondiente del tejido sano proximal.

Osteomielitis (Diagnosticada por Clínica, Laboratorio y Rx.)

En las condiciones siguientes se deberá considerar un menoscabo global de la persona de grado severo.

- Osteomielitis localizada en la pelvis, Vértebras, Fémur, Tibia o en articulaciones mayor de una extremidad que actividad persistente o recurrencial de al menos 2 episodios agudos en un periodo de 6 meses previos a la solicitud de invalidez.
- Osteomielitis de localización múltiple y manifestaciones sistématicas.

D) AMPUTACIONES

En las situaciones siguientes se describen amputaciones que por si solas implican un menoscabo de grado severo.

a. Ambas manos
b. Ambos pies
c. Una mano y un pie
d. Amputación de una extremidad inferior en o sobre el tarso debida a enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus.
e. Incapacidad para usar prótesis en forma efectiva, debido a una de las siguientes causas:
   - Enfermedad vascular.
   - Complicaciones neurológicas (por ejemplo, pérdida de¡ sentido de posición).
   - Muñón demasiado corto o complicaciones persistentes de¡ muñón en los últimos 12 meses desde que inició tratamiento de su enfermedad.
   - Trastorno de una extremidad inferior contralateral que provoque restricciones motoras importantes.

VALORACION DEL MENSOCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR CANAL LUMBAR ESTRECHO

CLASE I **< a 15%**
- Puede sostenerse de pie prolongadamente
- Camina en todos los terrenos
- Tiene molestias dolorosas que requieren tratamiento medicamentoso ocasional
- Movilidad conservada

CLASE II **16 a 25%**
- Puede sostenerse de pie por períodos variables de tiempo
- Camina en todos los terrenos
- Tiene molestias dolorosas que requieren tratamiento medicamentoso y fisiátrico frecuente
- Discreta limitación en la movilidad

CLASE III **26 a 50%**
- Puede sostenerse de pie por períodos cortos de tiempo
- Camina sólo en terrenos planos con uso o no de aditamentos (bastones, andadores, muletas, etc.), pero lo hace con dificultad en gradas y o terrenos inclinados
- Requiere tratamiento medicamentoso y fisiátrico permanente
- Presenta daño neurológico, sensitivo y motor
- Moderada limitación en la movilidad

CLASE IV **51 a 70%**
- Puede sostenerse de pie con dificultad, pero no camina
- Usa silla de ruedas o sólo se desplaza en tramos cortos dentro del hogar, con uso obligatorio de aditamentos
- Presenta daño neurológico, sensitivo y motor
- Severa limitación en la movilidad

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ARTRODESIS DE COLUMNA

Presenta un **menoscabo de hasta 45%** así presente una buena evolución o si queda con dolor residual. En la valoración se agregará la limitación en el movimiento si la presentara.

Si el paciente presenta daño neurológico residual, sensitivo o motor, en la valoración se deberá tener en cuenta, según el siguiente esquema:

Artrodesis con secuelas funcionales deberá de valorarse por la movilidad de columna de acuerdo a las tablas correspondientes en este capítulo; Con secuelas neurológicas deberá de valorarse en el capítulo correspondiente a impedimento del sistema nervioso. combinando dicho porcentaje con el que le corresponde por Artrodesis.

Se asignará el % de menoscabo de incapacidad teniendo en cuenta el número de segmentos comprometidos

SISTEMA NERVIOSO

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos del sistema nervioso.

Para la valoración de las discapacidades derivadas de deficiencias motoras y sensitivas se han seguido las pautas propuestas por la American Medical Association (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 4ª. edición, Junio 1993).

La valoración del menoscabo que una enfermedad del sistema nervioso produzca en la capacidad de trabajo, será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas (medicamentosas, quirúrgicas, rehabilitación); o después de un tiempo de ocurrido él o los episodios agudos.

El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos, los estudios de laboratorio o funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud, los correspondientes exámenes de laboratorio y funcionales pertinentes, así como los resultados de los estudios anátomo patológicos, si ellos se han realizado.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final, por parte de él o los médicos peritos actuantes.

Los criterios de discapacidad se definen en virtud de las restricciones o limitaciones que las deficiencias imponen a la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades de la vida diaria, y no en función de diagnósticos específicos.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

II.1 Debe evaluarse la discapacidad cuando el cuadro clínico pueda considerarse estable. Sólo podrán ser objeto de valoración las alteraciones crónicas que no respondan al tratamiento de la afección neurológica ni al de la enfermedad causante de la misma, o después de un tratamiento médico y de rehabilitación de por lo menos 6 (seis) meses. No serán valorables aquellas situaciones en las que no se hayan ensayado todas las medidas terapéuticas oportunas.

II.2Si el paciente presenta deficiencias que afectan a varias partes del sistema nervioso, como el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos, deben realizarse evaluaciones independientes de cada una de ellas y combinar los porcentajes de discapacidad resultantes.

II.3Algunas enfermedades evolucionan de modo episódico, en crisis transitorias. En estas situaciones, será necesario tener en cuenta el número de episodios y la duración de los mismos para la asignación del grado de discapacidad.

II.4En esta sección deben valorarse los menoscabos producidos por impedimentos de origen tumoral.

Esta sección se divide en:

1. Sistema Nervioso Central
* Cerebro - Cerebelo - Tronco Cerebral
* Pares craneanos
* Médula espinal

2. Sistema Nervioso Periférico

1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

A) ENCEFALO

Los impedimentos cerebrales pueden tener su origen en el Cerebro, Cerebelo y Tronco Cerebral. Las causas pueden ser vasculares, traumáticas, degenerativas, tumorales, bioeléctricas, metabólicas, autoinmunes, etc.

Las deficiencias que derivan con mayor frecuencia de anomalías encefálicas son:
1. Alteraciones del estado mental y de la función integradora
2. Alteraciones emocionales o conductuales
3. Disfunción de la comunicación - disartria o afasia
4. Disfunciones de la conciencia
5. Trastornos de la alerta y del sueño
6. Trastornos neurológicos episódicos
7. Disfunciones sensitivas, motoras y trastornos del movimiento

Al existir más de un tipo de alteraciones cerebrales, los porcentajes de menoscabo se suman en forma combinada.

1 - 2 Alteraciones del Estado Mental y de la Función Integradora - Alteraciones Emocionales o Conductuales

Son fundamentalmente producidas por daño orgánico cerebral con alteraciones de la orientación, comprensión, memoria y comportamiento.

La discapacidad derivada de estas anomalías se valorará de acuerdo a los criterios definidos en el capítulo de Trastornos Mentales.

3 Disfunciones de la Comunicación - Disartria o Afasia

La afasia es un trastorno del lenguaje, como forma de la función simbólica que puede afectar tanto a la expresión como a la compresión verbal o gráfica (lecto-escritura).

La disartria son alteraciones del habla debido a trastornos del control neuromuscular de los mecanismos de expresión del lenguaje. La lesión puede estar a nivel de SNC, SNP o en el propio músculo.

La discapacidad producida por disfunción de la comunicación se valorará de acuerdo a tabla Nº 1 y después de transcurridos 6 meses de instaurado el cuadro durante los cuales se realizaran los tratamientos de rehabilitación correspondientes.

TABLA 1

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL GRADO DE DISCAPACIDAD DE LAS DISFUNCIONES DE LA COMUNICACION

Clase I **< a 25%**
Limitación LEVE O MINIMA
* Existe mínimo deterioro observable en el habla, pudiendo presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.
* La dificultad de compresión es leve para expresión compleja.
* La escritura puede estar deformada pero es legible. El relato escrito puede presentar errores gramaticales.
* Existe dificultad en la compresión de oración y textos complejos.

Clase II **26 - 40%**
Limitación MODERADA
* Pérdida de la fluidez del habla sin limitación significativa de su forma de expresión.

Puede tener dificultad para encontrar la palabra adecuada, el discurso puede ser impreciso y a la vez la articulación lenta torpe y distorsionada. Se hace difícil la inteligibilidad en ambientes ruidosos.
* La dificultad de compresión se hacen patentes. Los problemas pueden ser compensados con la ayuda de un interlocutor o diferentes estrategias utilizadas por el paciente.
* La escritura se limita a una o más frases o consigna una lista extensa (cinco o más) de palabras de significado.
* Muestra dificultad de compresión en lectura de oraciones simples.

Clase III **41 - 65%**
Limitación SEVERA
* La reducción del habla y o la compresión hacen sumamente difícil la comunicación. Toda conversación que se aleja de temas familiares o que estén fuera de contexto será imposible de mantener.
* Solo puede emitir palabras aisladas o frases cortas, o la intensidad de la voz es tan débil que apenas lo oye un oyente cercano.
* Lo gráfico apenas es legible y la escritura se limita a palabras mal deletreadas, aisladas sin estructuración de la frase.
* Dificultad para la lectura de palabras aisladas.

Clase IV **> 66%**
Limitación GRAVE
* Existe fracaso al expresar una idea ya que su lenguaje se ve reducido a palabras mal emitidas pudiendo llegar a ausencia total del habla o produciendo estereotipos verbales.
* La compresión está muy limitada, reduciéndose a tareas de designación y compresión de órdenes.
* En casos más graves el paciente es incapaz de realizar ordenes sensible o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes.

4 Disfunciones de la Conciencia

Serán objeto de valoración las alteraciones del nivel de conciencia: estupor.
Se considerará la alteración de la conciencia, como crónica, cuando su evolución sea superior a 3 (tres) meses, durante los cuales se realizaron los tratamientos pertinentes.
La evaluación de la discapacidad originada por estos trastornos se realizará de acuerdo a la **Tabla 2.**
No se considerarán las alteraciones del contenido de la conciencia como delirio, demencia y psicosis, las que serán valoradas según lo establecido en el capítulo de Trastornos Mentales.

5 Trastornos de la Alerta y el Sueño

Entre los trastornos de la alerta y el sueño, sólo serán objeto de valoración las Hipersomnias. Este trastorno deberá haber sido comprobado mediante pruebas objetivas (polisomnografía) y requerirá que el trastorno sea crónico y no responda al tratamiento, luego de 6 (seis) meses de instaurada una terapia adecuada.
La evaluación de la discapacidad originada por este trastorno se realizará de acuerdo a los criterios de la **Tabla 2.**

6 Trastornos Neurológicos Episódicos (Epilepsia)

El diagnóstico y tipificación de la epilepsia se efectúa en virtud de datos clínicos y EEG.
Es una enfermedad primaria o secundaria que habitualmente se controla con tratamiento adecuado, y no limita las actividades del sujeto. Pueden aparecer crisis comiciales por indisciplina terapéutica, interacciones farmacológicas o por la aparición de enfermedades intercurrentes. En casos poco frecuentes los pacientes pueden permanecer con crisis repetidas a pesar del tratamiento correcto.
Sólo serán objeto de valoración este último grupo de pacientes y siempre que hayan permanecido con crisis frecuentes en más de 1 (un) año.
Para considerar que un paciente se encuentra correctamente tratado, es necesaria la demostración de una correcta dosificación de fármacos antiepilépticos, mediante determinación de niveles plasmáticos, los que deben encontrarse en rangos terapéuticos.
La discapacidad producida dependerá del número y tipo de crisis. Las crisis generalizadas tipo ausencias y las parciales simples son menos discapacitantes que las restantes crisis generalizadas (tónicas, tónico-clónicas y atónicas) y que las crisis parciales complejas. La evaluación de la discapacidad originada por epilepsias, se realizará de acuerdo a los criterios de la **Tabla 2.**

TABLA 2

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DEL GRADO DE DISCAPACIDAD DE ALTERACIONES CRONICAS DE LA ALERTA Y EL SUEÑO Y DE LA EPILEPSIA

CLASE I **< a 25%**
* Paciente con alteración episódica sueño o epilepsia, correctamente tratado.
* Presenta menos de un episodio mensual en situaciones diferentes de la epilepsia.
* Presenta episodios esporádicos en caso de epilepsia.
* La interferencia con actividad de la vida diaria o laboral es leve.

CLASE II **26 a 40%**
* Paciente con alteración episódica del sueño o epilepsia correctamente tratado.
* Presenta de uno a tres episodios mensuales que, (en situaciones diferentes de la epilepsia), deberán tener la siguiente característica: los episodios, incluida la reacción post confucional, se presentan de modo continuado o intermitente, con una duración superior a 4 (cuatro) horas diurnas por día.
* En caso de epilepsia presenta menos de un episodio por mes.
* La interferencia con actividades de la vida diaria o laboral es moderada

CLASE III **41 a 65%**

* Paciente con alteración episódica del sueño o epilepsia correctamente tratado.
* Presenta cuatro o más episodios mensuales que en (situaciones diferentes de la epilepsia) deberán tener la siguiente característica: los episodios, se presentan de modo continuado o intermitente, con una duración superior a 4 (cuatro) horas diurnas por día.
* En epilepsia presenta un episodio por mes.
* Interferencia importante en actividades de la vida diaria y laboral

CLASE IV **> a 66%**

* Paciente con alteración episódica del sueño o epilepsia, correctamente tratado.
* Presenta varios episodios por mes o Epilepsia refractaria.
* El grado de discapacidad es severo y depende de otra persona para realizar actividades de autocuidado.

7 Alteraciones Motoras y Sensoriales

Las alteraciones motoras, aún sin paresia o debilidad, pueden afectar a las actividades de la vida diaria, causando una discapacidad permanente. Entre ellas figuran las siguientes:
a) movimientos involuntarios, como temblores, corea, atetosis y hemibalismo
b) alteraciones del tono y la postura
c) diversas formas de limitación de los movimientos voluntarios como parkinsonismo
d) deficiencia de movimientos asociados o sinergias, como trastornos del sistema extrapiramidal, cerebelo y ganglios basales
e) alteraciones de la marcha compleja y de la destreza manual (ataxia)
f) hemiparesia, hemiplejia, síndrome piramidal etc.

La evaluación de las deficiencias sensitivas y motoras, debido a trastornos del Sistema Nervioso Central, debe documentarse en función de cómo afectan a la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria y laboral. Dichas alteraciones se valorarán siguiendo los criterios descriptos en las **Tablas 3 y 4.**

B) PARES CRANEANOS

I - OLFATORIO
El trastorno del olfato o anosmia se valora de acuerdo al capítulo de Organos de los Sentidos.

II - OFTALMICO
Se valorará de acuerdo al capítulo de Organos de los Sentidos.

III, IV y V - MOTOR OCULAR COMUN, PATETICO Y MOTOR OCULAR EXTERNO
Inervan los músculos que mueven los ojos y controlan el tamaño de la Pupila. La alteración que deriva de su afección se valora de acuerdo al capítulo de Visión.

VI - TRIGEMINO
Posee fibras sensoriales para la cara, la córnea, parte anterior de cuero cabelludo, cavidades nasales, cavidad oval y duramadre supratentorial.
Las fibras motoras inervan los músculos de la masticación.
La neuralgia del trigémino puede ser grave e incontrolable. Si cumple los criterios para ser considerada como permanente, habiéndose agotado toda posible medida terapéutica, la valoración se realizará según el siguiente criterio:

* **Dolor neurálgico facial leve o moderado 1 a 24%**
* **Dolor neurálgico intenso uni o bilateral 25 a 50%**

El déficit motor puede afectar la masticación, deglución y fonación:
* **Pérdida motora unilateral 30%**
* **Pérdida motora bilateral 50%**

VII - FACIAL
Es un nervio mixto, cuyas fibras motoras inervan los músculos faciales de la expresión y los músculos accesorios de la masticación y deglución.

* **Pérdida del gusto o ageusia -** se valora en el capítulo de Organos de los Sentidos
* **Parálisis facial unilateral leve 1 a 5%**
* **Parálisis facial bilateral leve 6 a 15%**
* **Parálisis facial unilateral grave 6 a 25%**
Parálisis facial bilateral grave 21 a 45%

En el caso de una parálisis facial central se tendrán en cuenta las mismas consideraciones.

VIII - AUDITIVO
Su componente coclear tiene relación con la audición y su componente vestibular con el vértigo, sentido de la posición, y la orientación espacial.
Los trastornos auditivos y vértigo, se valoran según los criterios expuestos en el capítulo correspondiente.
IX y X - GLOSOFARINGEO Y VAGO
Son nervios mixtos que envían fibras al tercio posterior de la lengua, faringe, laringe y tráquea, por lo que sus alteraciones pueden dificultar la respiración, deglución, habla y funciones viscerales.
La discapacidad originada por estas deficiencias, se valorarán según los criterios expuestos en los capítulos correspondientes.
La neuralgia glosofaríngea persistente a pesar del tratamiento, se valorará en la misma forma que la neuralgia del Trigémino.
XI - ESPINAL
Participa en la inervación de músculos laríngeos, pudiendo verse afectada la deglución y el habla.
Inerva también músculos cervicales, esternocleidomastoideo y trapecio, pudiendo afectar el giro de la cabeza y el movimiento de los hombros.
Estas alteraciones se valorarán en el capítulo correspondiente a Sistema Músculo Esquelético.
XII - HIPOGLOSO
Inerva la musculatura de la lengua. Su déficit bilateral podría causar alteraciones de la deglución, respiración y fonación.
Deben valorarse estas discapacidades de acuerdo a los criterios expuestos en los capítulos correspondientes.

C) MEDULA ESPINAL
Entre las deficiencias debidas a lesiones medulares, figuran las relacionadas con:
1. bipedestación y marcha
2. utilización de extremidades superiores
3. alteraciones de la respiración
4. alteraciones de la función vesical
5. alteraciones de la función uro rectal
6. alteraciones de la función sexual

Cuando el paciente presenta alteraciones en más de una función, como bipedestación y marcha y utilización de miembros superiores, deberán combinarse los porcentajes de discapacidad correspondientes a cada una de ellas de acuerdo a las Tablas 3 y 4 de S.N.C.
Las alteraciones sensoriales, como pérdida de tacto, dolor, percepción de la temperatura y sentido vibratorio, posición articular, parestesias, disestesias y sensibilidad de los miembros fantasma, pueden estar presentes en una disfunción medular.
La discapacidad se determina en función de su interferencia en las actividades de la vida diaria.

1 Bipedestación y Marcha
La capacidad para mantener la bipedestación y caminar en forma segura, es el criterio que se aplica para la evaluación de los diferentes síndromes neurológicos.
La asignación del porcentaje de discapacidad, debido a la alteración de estas funciones, se detalla en la **Tabla 3**.

Se podrá valorar el menoscabo de discapacidad en dicha tabla las alteraciones debido a compromiso, piramidal con déficit uni o bilateral de miembros inferiores, extrapiramidales, cerebelo y músculo.

TABLA 3

CRITERIOS DE VALORACION DE DISCAPACIDAD POR ALTERACION DE LA BIPEDESTACION Y LA MARCHA

CLASE I **< a 20%**
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar, pero tiene dificultad con las elevaciones, desniveles, escaleras, sillas profundas y para caminar largas distancias.
Potencia muscular a favor de la gravedad completando el arco.

CLASE II **21 a 35%**
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar cierta distancia con dificultad y sin ayuda, pero sólo en las superficies a nivel.
Potencia funcional a favor de la gravedad sin completar el arco.

CLASE III **36 a 50%**
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y mantenerla con dificultad, pero no puede caminar sin ayuda de soporte mecánico o una prótesis.

CLASE IV **51 a 66%**
El paciente no se puede levantar sin la ayuda de otra persona, estando en silla de rueda o postrado en cama.

2 Utilización de Extremidades Superiores

Las actividades básicas de la vida diaria dependen de la destreza en el uso de las extremidades superiores.
- Cuando se afecta una sola extremidad, se aplican los criterios que se describen en la **Tabla 4.**
- Cuando están afectadas ambas extremidades, pero existe clara diferencia en la capacidad conservada entre ellas, se valorarán por separado (**Tabla 4**) combinándose entre sí estos valores.
- Los porcentajes asignados a la extremidad superior, figuran en términos de extremidad dominante este valor debería ser reducido en un 5% si el menoscabo valorado se trata de miembro superior no dominante.
- Cuando están afectados una extremidad inferior y otra superior se valoraran por separado combinando entre si los valores hallados para cada una (Tabla 3 y 4).

TABLA 4

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD POR ALTERACION DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR

CLASE I **< a 11%**
El paciente puede utilizar el miembro afectado para el autocuidado, para las actividades diarias y para sujetar objetos.
No tiene dificultad con la destreza de los dedos.

CLASE II **11 a 24%**
El paciente puede utilizar el miembro afectado con dificultad para el autocuidado, para la prensión y para sujetar objetos, pero no tiene destreza con los dedos

CLASE III **25 a 40%**
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las actividades de la vida diaria o con la actividad laboral y tiene dificultad con algunas de las actividades de autocuidado.

CLASE IV **41 a 55%**
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las actividades de autocuidado y actividades de la vida diaria

3 Alteraciones de la Respiración

Cuando la deficiencia neurológica afecta la función respiratoria, para la valoración de la discapacidad se aplicarán los criterios expuestos en el capítulo correspondiente al Aparato Respiratorio.

4 y 5 Alteraciones de la Función Vesical y Uro rectal

Para la valoración de la discapacidad se aplicarán los criterios descriptos en los capítulos Génitourinario y Digestivo respectivamente.

6 Alteraciones de la Función Sexual

Se valorarán de acuerdo a los criterios descriptos en el capítulo Génitourinario.

2. SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

A continuación se analizan los siguientes segmentos:
- plexos nerviosos espinales
- raíces de nervios espinales
- nervios espinales nominados
- nervios periféricos

Los porcentajes que se expresan en estas tablas, vienen expresados en forma unilateral. Cuando exista compromiso bilateral, los menoscabos deberán ser determinados separadamente y convertirlos cada uno en menoscabo global de la persona y finalmente sumarlos en forma combinada.

Los porcentajes asignados a la extremidad superior, figuran en términos de extremidad dominante; este valor deberá ser reducido en un 5% si el menoscabo valorado se trata de la extremidad superior no dominante.

TABLA 5

CRITERIOS DE VALORACION DE DISCAPACIDAD POR ALTERACION DE LA BIPEDESTACION Y LA MARCHA (SNP- Raíces, Plexos y Nervios)

CLASE I **< a 20%**
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar, pero tiene dificultad con las elevaciones, desniveles, escaleras, sillas profundas y para caminar largas distancias
Puede presentar dolores esporádicos, parestesias que calman con analgésicos comunes.
El Estudio eléctrico puede evidenciar leve o discreto compromiso.

CLASE II **21 a 35%**
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar cierta distancia con dificultad y sin ayuda, pero sólo en las superficies a nivel.
Puede presentar dolor moderado que no calma con analgésicos comunes pudiendo haber requerido otro tipo de tratamientos.
El Estudio eléctrico puede evidenciar moderado compromiso.

CLASE III **36 a 50%**
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y mantenerla con dificultad, pero no puede caminar sin ayuda.
Puede presentar dolor intenso que no calma analgésicos comunes pudiendo haber requerido tratamientos más agresivos como bloqueo anestésico.
El Estudio eléctrico puede evidenciar intenso compromiso.

CLASE IV **51 a 66%**
El compromiso funcional es tal que le afecta la bipedestación y la marcha.
Pérdida funcional del miembro a pesar de todos los tratamientos instituidos.
Puede presentar dolor muy intenso permanente con breves períodos de acalmia que comprometen severamente al miembro.
El Estudio eléctrico puede evidenciar lesión muy severa o nula actividad.

Nota complementaria: En caso de que presente polinerupatía, si existe déficit sensitivo distal se sumará combinadamente para un 15%.

TABLA 6

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD POR ALTERACION DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR. (S.N.P. Raíces, Plexos y Nervios)

CLASE I **< a 11%**
El paciente puede utilizar el miembro afectado para el autocuidado, para las actividades diarias y para sujetar.
No tiene dificultad con la destreza de los dedos.
Puede presentar dolor de grado leve que le dificulta discretamente el miembro afectado.
El estudio eléctrico puede evidenciar leve o discreto compromiso.

CLASE II **11 a 24%**
El paciente puede utilizar el miembro afectado con dificultad para el autocuidado, para la prensión y para sujetar objetos, pero no tiene destreza con los dedos.
Puede presentar dolor moderado.
El estudio eléctrico puede evidenciar moderado compromiso.

CLASE III **25 a 40%**
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las actividades de la vida diaria y tiene dificultad con algunas de las actividades de autocuidado.
Puede presentar dolor intenso, paresia, atrofia muscular.
El estudio eléctrico puede evidenciar intenso compromiso.

CLASE IV **41 a 60%**
El paciente no puede utilizar el miembro afectado por dolor, paresia o impotencia funcional, inclusive para las actividades de autocuidado y actividades de la vida diaria.
El estudio eléctrico puede evidenciar un compromiso muy severo o incluso nula actividad.

Nota Complementaria:

Cuando están afectados los dos miembros superiores se valoraran cada uno por separado y se suman combinadamente los porcentajes.

Los porcentajes asignados a la extremidad superior, figuran en términos de extremidad dominantes; este valor debería ser reducido en un 5% si el mensocabo valorado se trata de miembro superior no dominante.

En caso de que presente polinerupatia, si existe déficit sensitivo distal se sumará combinadamente para un 10%.

Cuando exista discordancia entre el estudio eléctrico y la clínica se ponderará la clínica que presente el paciente.

RAICES TORACICAS

VALORACION DEL MENOSCABO POR IMPEDIMENTO RAICES TORACICAS

	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ALTERACION UNILATERAL	MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR ALTERACION BILATERAL
Cualquiera de 2 raíces torácicas	0% - 5%	0% - 10%
Cualquiera de 5 raíces torácicas	5% - 15%	10% - 28%
Cualquiera de más de 5 raíces torácicas	15% - 35%	28% - 58%

Nota complementaria: Para la valoración de los menoscabos en los impedimentos bilaterales se calificarán sumándolos en forma combinada.

III. ANEXO TECNICO

En este anexo se hace mención al grado severo de las patologías descritas, debiendo cuantificar otros grados de severidad de acuerdo a las tablas existentes. De no ser posible se otorgará en el grado leve a moderado de estas patologías un 25 al 50% de menoscabo global de la persona. Se considera que un menoscabo severo configura, un 66% de incapacidad global de la persona.

*** Epilepsia - Gran Mal**

La epilepsia tipo gran mal o psicomotora con menoscabo de grado severo: debe ser documentada por electroencefalograma y ser acompañada de la descripción del patrón de un ataque típico, incluyendo todos los fenómenos asociados que se presentan, después de un mínimo de seis meses de tratamiento bajo protocolo actual y bien controlado. Puede ser necesario solicitar el monitoreo biológico de las drogas administradas si ello es posible.

O bien:

- Episodios diarios de pérdida de conciencia
- Episodios nocturnos frecuentes con períodos de aura prolongada que interfieren en forma significativa con la actividad durante el día.
- Que se haya producido como consecuencia de la enfermedad, un daño orgánico cerebral significativo, demostrado por electroencefalograma.

En todos los casos debe prestarse especial atención a la profesión habitual que realiza la persona, tomando en cuenta los siguientes parámetros:

a) Ocupaciones de riesgo para terceros (conductor de automotores, piloto de avión, operador de grúas, etc.)
b) Ocupaciones con riesgo personal (trabajo en altura, electricista, operario de maquinas en movimiento como ser: tejeduría, balancín, maquinaria de carpintería, etc.)
c) Ocupaciones de tipo administrativo (secretaria, funcionario bancario, etc.)
d) Otras ocupaciones que a criterio de él o los peritos actuantes, puedan ser considerada de riesgo.

*** Epilepsia - Pequeño mal y Focal**

La epilepsia tipo pequeño mal y la focal que presentan un menoscabo de grado severo debe ser: documentada por electroencefalograma y descripción del patrón de un ataque típico, incluyendo todos los fenómenos asociados, a pesar del tratamiento con protocolos actuales y bien llevado durante un período de seis meses.

En todos los casos debe prestarse especial atención a la profesión habitual que realiza la persona, tomando en cuenta los parámetros considerados en el punto anterior.

*** Insuficiencia circulatoria cerebral**

Se debe valorar de acuerdo a la existencia o no de signos neurológicos objetivos: signos deficitarios motores (parkinsonismo, piramidalismo, etc.), déficit intelectual, alteraciones psíquicas y las alteraciones en las pruebas complementarias como Eco-Doppler vascular, tomografía computarizada, etc.

*** Accidente Cerebro Vascular**

El menoscabo de grado severo podrá manifestarse por la persistencia de una de las siguientes alteraciones, posterior a no menos de 9 meses de acontecido el accidente cerebro vascular.

1. Afasia motora o sensorial que da por resultado habla o comunicación ineficaz.
2. Desorganización persistente y significativa de la función motora de dos extremidades (hemiparesia o hemiplejía), dando como resultado una alteración en el patrón de marcha y postura de la persona así como una notoria dificultad en la manipulación de objetos; que le impidan la realización de su trabajo o las tareas domésticas habituales o incluso dependiente de terceros.
3. Otros síndromes focales secuelares.

*** Síndrome Vertiginoso**

Con signos objetivos: desequilibrio en la marcha, Romberg positivo etc., valorar de acuerdo a capacidad para realizar tareas domésticas habituales, patrón de marcha, etc.

En todos los casos tener en cuenta tipo de actividad laboral y sobre todo la situación de riesgo para terceros y para sí mismo, considerando que puede presentar un examen normal y el estudio funcional del VIII par evidenciar la alteración correspondiente, sobre todo en vértigos secuelares de patologías del SNC.

Se considerará severo cuando genera dependencia de terceros.

*** Tumores Cerebrales, Malformaciones vasculares e Hidrocefalia**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas portadoras de un tumor cerebral benigno, las cuales dependiendo de su localización, extensión, cuadro clínico, posibilidades terapéuticas, etc.; produzcan daño orgánico cerebral o déficit neurológico severo.

Se considerarán en este ítem las malformaciones y aneurismas que por su tamaño y o topografía no sean pasibles de tratamiento quirúrgico.

Los tumores malignos primarios o secundarios, siempre se considerarán como mensocabo severo.

Hidrocefalias - Las derivadas, configurarán o no incapacidad de acuerdo al tipo de tareas que desempeña. Si persiste con secuelas, se adjudicará el % de menoscabo correspondientes a las mismas.

*** Síndrome de Parkinson**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas portadoras de un síndrome de Parkinson que presente rigidez significativa permanente, bradiquinesia o temblor en dos extremidades que den como resultado una alteración de la macha o la postura.

Ello se podrá considerar como definitivo siempre que se compruebe que se encuentra bajo tratamiento con protocolos actuales, bien llevado, y por un período no menor a seis meses. También deberán considerarse como parte del menoscabo a las complicaciones motoras consideradas irreversibles, producto del tratamiento medicamentoso instituido.

Los grados inferiores de severidad serán valorados de acuerdo a las Tablas 3 y 4 del S.N.C.

*** Traumatismo Cráneo Encefálico**

Se podrán considerar como portadores de un menoscabo de grado severo a las personas que han tenido un traumatismo cráneo encefálico y que han quedado secuelas, las cuales serán valoradas de acuerdo a las tablas correspondientes de valoración del menoscabo. Las secuelas de tipo psíquico o deterioro post T.E.C, podrán ser valorarlas en el capítulo correspondiente de Impedimento Mental y sumarlas al menoscabo neurológico orgánico.

MEDULA ESPINAL

*** Lesiones de la Médula Espinal**

El menoscabo producido por las lesiones de la médula espinal podrá ser considerado como de grado severo cuando se constate objetivamente la presencia de una desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona.

*** Esclerosis Múltiple**

Se podrá considerar a la persona como portadora de un menoscabo de grado severo, cuando presente algunas de las siguientes alteraciones:

- Desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura del trabajador.
- Alteración visual o mental según el criterio aplicado en los sectores correspondientes a visión e impedimento mental.
- Anormalidades electrofisiológicas en los potenciales visuales, somatosensoriales y auditivos del tronco cerebral.

*** Esclerosis Lateral Amiotrófica**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- Compromiso bulbar importante
- Desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona.

*** Poliomielitis anterior**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- dificultad persistente al deglutir o respirar
- habla ininteligible
- desorganización persistente y significativa de la función motora de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona

*** Tabes Dorsal**

Se considerará como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- crisis tabética más de una vez por mes
- marcha atáxica o vacilante que causa limitación importante del movimiento, verificado mediante signos de alteración persistentes de los cordones posteriores de la médula espinal
- potenciales evocados somatosensoriales anormales

*** Impedimentos Degenerativos**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona portadora de una ataxia de Friedriech y otras, que presente algunas de las siguientes alteraciones:

- Desorganización persistente y significativa de la función motora
- Daño orgánico cerebral, según se establece en la sección de Impedimento Mental

*** Siringomielia**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona portadora de las siguientes alteraciones:

- Alteraciones bulbares significativas
- Desorganización persistente y significativa de la función motora, de al menos dos extremidades, comprometiendo movimientos, patrón de marcha y postura de la persona
- Potenciales evocados somatosensoriales anormales
- Resonancia nuclear magnética alterada (que demuestre la cavidad)

*** Miastenia Gravis**

Se podrá considerar como portadora de un menoscabo de grado severo a la persona que presente alguna de las siguientes alteraciones:

- Debilidad importante de los músculos de las extremidades que comprometa el movimiento, postura o marcha; a pesar de encontrarse bajo terapia con protocolos actuales de tratamiento controlado
- Dificultad importante del habla, deglución y respiración

APARATO RESPIRATORIO

I. INTRODUCCION

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por deficiencias del aparato respiratorio, consideradas desde el punto de vista de la alteración de la función respiratoria, cuantificable mediante pruebas objetivas.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

1- Sólo serán objeto de valoración aquellos pacientes que padezcan enfermedades crónicas, consideradas no recuperables en cuanto a la función, luego de que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticos disponibles en el medio (medicamentosas, quirúrgicas o de rehabilitación), o después de un tiempo de ocurridos los episodios agudos no inferior a seis meses.

2- El estudio del menoscabo debe tener una concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios de laboratorio o funcionales. Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes, informes de la asistencia recibida en Instituciones del sistema de salud, los correspondientes exámenes de laboratorio y funcionales, y resultados anátomo patológicos pertinentes.
No deben ser consideradas las alteraciones funcionales transitorias y reversibles de forma espontánea o con tratamiento.

3- En los casos en que como consecuencia de fases de agudización puedan sufrir un aumento de la disfunción respiratoria, no se realizará una nueva evaluación hasta que la situación se haya estabilizado.
Cuando la enfermedad respiratoria curse en brotes, la evaluación de la discapacidad que pueda producir, se realizará en los períodos intercríticos. Para la evaluación de estas situaciones, se ha introducido un criterio de temporalidad según la frecuencia y duración de los episodios, debiendo estar éstos documentados médicamente.

4- Si la afección respiratoria forma parte de una entidad patológica con manifestaciones en otros órganos y sistemas, se combinarán los porcentajes de discapacidad correspondientes a todas las partes afectadas.

5- Los impedimentos de carácter oncológico del sistema respiratorio se consideran en el capítulo correspondiente a impedimentos neoplásicos.
En esta sección se incluyen aquellas neoplasias que se consideran extirpadas radicalmente, sin metástasis o siembras a distancia y que al momento de su evaluación no tienen signos o síntomas atribuibles a su enfermedad neoplásica de base. En estos casos la evaluación se realiza considerando las secuelas quirúrgicas y el compromiso funcional de ella derivado.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

Las enfermedades respiratorias se valoran mediante:

1. Anamnesis (historia actual, antecedentes personales y familiares)
2. Examen clínico.
3. Evolución en el tiempo.
4. Historia laboral.
5. Estudios de laboratorio de valoración general (hemograma, etc.)
6. Pruebas funcionales: Funcional Respiratorio basal y con broncodilatadores, gasometría arterial en reposo y en ejercicio, test de provocación con alergenos, etc.
7. Estudios bacteriológicos, micológicos, etc.
8. Radiografía de tórax (frente y perfil)*
9. Arteriografía selectiva
10. Ecografía de tórax.
11. Centellograma pulmonar.
12. Tomografía computarizada de tórax.
13. Endoscopía.
14. Biopsia pulmonar o pleural.

Es de hacer notar que de los métodos de estudios complementarios, algunos están orientados al diagnóstico de la afección (ej.: diagnóstico por imágenes, biopsia, etc.) y otros a la determinación de la incapacidad funcional que las patologías originan (Funcional Respiratorio, Gasometría arterial).

Este procedimiento constituye una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica.

----

* En caso de enfermedades profesionales del tipo de las neumoconiosis, la radiología de tórax debe ser realizada con técnica y leída, de acuerdo a patrones de O.I.T.

ACTIVIDAD QUE PRODUCE DISNEA

Entre los síntomas, cabe destacar la importancia de la disnea y la determinación del grado de la misma.

DISNEA GRADO I

Disnea a grandes esfuerzos. La disnea aparece:

- durante la marcha rápida
- subir más de dos pisos por escalera
- correr

Puede realizar:

- actividades deportivas simples, variables a voluntad (golf, natación, marcha)
- actividades ordinarias de la casa

Es totalmente autoválido. Puede presentar crisis de disnea hasta una cada tres meses.

DISNEA GRADO II

Disnea a medianos esfuerzos. La disnea aparece:
- al caminar más de cinco cuadras, a paso normal en terreno llano
- subir dos pisos por escalera
- puede realizar actividades domésticas, excepto las que requieren esfuerzos particulares

La autonomía es total para actividades básicas de la vida diaria. Puede presentar crisis de disnea frecuentes (varias en un mes).

DISNEA GRADO III

Disnea a mínimos esfuerzos. La disnea aparece al realizar esfuerzos mínimos como caminar una cuadra o realizar actividades domésticas.

Puede realizar, o no, actividades básicas de la vida diaria como levantarse, acostarse, sentarse, caminar dentro de la casa, ir al baño, realizar su aseo personal.

Puede ser dependiente de terceros.

DISNEA GRADO IV

Disnea de reposo. La disnea aparece al realizar el aseo personal y comer.

Es dependiente de tercero

IV. PRINCIPALES IMPEDIMENTOS QUE PRODUCEN MENOSCABO

* Enfermedades de las vías aéreas superiores (serán consideradas en el capítulo de O.R.L.)

* Enfermedades de las vías aéreas inferiores
    * Bronquitis crónica
    * Enfisema
    * Asma
    * Bronquiectasias

* Enfermedades del pulmón
    * Neumoconiosis (antracosis, asbestosis, silicosis, etc.)
    * Neumoconiosis debida a polvos inorgánicos (aluminosis, fibrosis pulmonar por bauxita, beriliosis, siderosis, estañosis, etc.)
    * Neumoconiosis debida a polvos orgánicos (bisinosis, canabiosis, etc.)
    * Neumoconiosis debida a hipersensibilidad al polvo orgánico (pulmón del granjero, bagazosis, etc.)
    * Afecciones respiratorias debidas a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas
    * Neumonitis por radiación
    * Fibrosis por radiación
    * Trastornos pulmonares intersticiales crónicos inducidos por drogas
    * Fibrosis pulmonar (síndrome de Hamman-Rich, etc.)
    * Absceso de pulmón y de mediastino
    * Malformaciones congénitas
    * BK pulmonar

* Enfermedades de la pleura
    * Derrame pleural
    * Paquipleuritis
    * Neumotórax recidivante
    * Empiema
    * Otras afecciones de la pleura (quilotórax, etc.)

* Otras enfermedades
    * Insuficiencia pulmonar consecutiva a cirugía
    * Funcionamiento defectuoso de traqueostomía
    * Colagenopatías
    * Enfermedad del diafragma y músculos ventilatorios
    * Anomalías de la caja toráxica
    * Enfermedades neurológicas
    * Síndrome de apnea del sueño
    * Sarcoidosis

V. VALORACION DEL MENOSCABO

VALORACION DEL MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA POR IMPEDIMENTOS DEL APARATO RESPIRATORIO

ESTADIO I — **< a 15%**

* Los signos funcionales, si existen, crean poca dificultad o son intermitentes; crean una simple molestia y no son discapacitantes (Disnea grado I)
* El examen clínico es normal; si existen anomalías, no son significativas de un déficit funcional
* El corazón es normal
* El estado general es normal
* Funcional Respiratorio: VEF y CV con valores iguales o mayores a 80% del valor teórico esperado
* Gases en sangre: normales
* Rx normales o patológicos

En la adjudicación del menoscabo de este estadio deberá tenerse en cuenta el puesto de trabajo.

En caso de ASMA:
* Síntomas de frecuencia menor o igual a dos veces por semana
* Exacerbaciones breves (pocas horas o pocos días)
* Síntomas nocturnos de frecuencia menor o igual a dos veces por mes
* Variabilidad PFE < 20% - PFE> a 80% del valor esperado

ESTADIO II — **16% a 30%**

* Disnea grado II
* El Examen clínico puede ser normal o tener anomalías que nunca son graves
* El corazón es normal y el estado general está conservado
* Funcional Respiratorio: VEF y CV con valores entre 65 y 80% del valor teórico esperado
* Gases en sangre: normales
* Rx patológicos

En caso de ASMA:
* Síntomas de frecuencia mayor a dos veces por semana
* Exacerbaciones pueden afectar la actividad
* Síntomas nocturnos de frecuencia mayor a dos veces por mes
* Variabilidad PFE 20 - 30% - PFE > o igual a 80 % del valor esperado

ESTADIO III — **31% a 65%**

* Los signos funcionales crean discapacidad pudiendo existir Disnea grado III
* Exploración clínica alterada o muy alterada
* Repercusión cardíaca de importancia variable; taquicardia, edema, galope, reflujo hepatoyugular, hepatalgia, etc.; estado general conservado o puede haber pérdida de peso
* Funcional Respiratorio: VEF y CV con valores de 50 a 65% del valor teórico esperado
* Gases en sangre: saturación mayor o igual a 85% oxígeno
* O2 a demanda
* Rx patológicos

En caso de ASMA:
* Uso diario de B2 agonistas
* Exacerbaciones afectan la actividad
* Exacerbaciones de frecuencia mayor o igual a dos veces por semana y pueden durar días
* Síntomas nocturnos de frecuencia mayor a una vez por semana
* Variabilidad PFE > 30% - PFE ente 60 y 80% del valor esperado.

ESTADIO IV — **> a 66%**

* Signos funcionales muy importantes con Disnea grado IV

* Exploración clínica alterada o muy alterada; cianosis, taquipnea, tiraje
* Repercusión cardíaca grave con taquicardia, galope, edema, reflujo hepato-yugular e ingurgitación yugular, hígado cardíaco (Cor Pulmonar)
* Funcional Respiratorio: VEF y CV con valores menores al 50% del valor teórico esperado
* Gases en sangre: saturación menor a 85% oxígeno
* O2 a permanencia
* Rx patológicos

En caso de ASMA:
* Síntomas continuos
* Limitación de la actividad física
* Exacerbaciones frecuentes
* Síntomas nocturnos frecuentes
* Variabilidad PFE > 30% - PFE <60 % del valor esperado

VI. ANEXO TECNICO

Las afecciones del aparato respiratorio de importancia médico laboral son aquellas de curso crónico y o recidivante en las cuales se hallan agotado los distintos recursos terapéuticos y que limitan la realización del trabajo habitual o las tareas de la vida cotidiana. No necesariamente la manifestación subjetiva y el hallazgo de algunos signos en el examen físico, determinan incapacidad.

En la valoración de la persona portadora de una enfermedad respiratoria, debemos tener en cuenta:

1. Interrogatorio y Examen Físico

La anamnesis se basa en:
- Disnea (establecer tipo y grado)
- Tos (tipo, evolución en el tiempo, mecanismos desencadenantes)
- Expectoración, hemoptisis, etc.
- Antecedentes personales (hábitos tóxicos como tabaquismo, alcoholismo, fármacos; enfermedades respiratorias; otras enfermedades)
- Antecedentes familiares
- Antecedentes del ambiente laboral (requerimiento físico del puesto de trabajo, investigar especialmente tipos de inhalantes a los que pudiera estar expuesto, etc.)

En el examen clínico debe constar:
- estado general del trabajador
- frecuencia respiratoria y tipo
- cianosis
- acropaquia
- pruebas que puede realizar sin evidenciar signos de insuficiencia respiratoria (acostarse, levantarse, caminar, agacharse, vestirse, etc.)
- inspección estática y dinámica del tórax (diámetros torácicos, movilidad del tórax)
- palpación (sonoridad, etc.)
- auscultación (caracteres del murmullo alveolar, otros ruidos respiratorios)
- signos de insuficiencia cardíaca (sobre todo derecha)

2. Pruebas de Función Pulmonar

Las pruebas de función pulmonar miden de manera objetiva la capacidad del sistema respiratorio para llevar a cabo el intercambio de gases, valorando la ventilación, difusión y propiedades mecánicas.

Las contraindicaciones relativas para pruebas de función pulmonar incluyen: asma aguda, insuficiencia ventilatoria aguda o I.R.A., dolor torácico agravado por pruebas, neumotórax, hemoptisis y tuberculosis pulmonar activa. Muchas pruebas dependen de los esfuerzos del paciente y algunos pueden estar muy enfermos para cooperar en la realización de las pruebas.

3. Espirometría

La espirometría y la medición de los volúmenes pulmonares permite determinar la presencia y gravedad de una disfunción pulmonar obstructiva o restrictiva.

La práctica de este estudio debe realizarse en centros con experiencia y que cuenten con equipos debidamente calibrados computarizados. El estudio debe efectuarse en condiciones basales y después de la administración de un broncodilatador en aerosol, a menos que los valores basales sean equivalentes a un 70% o más de los valores normales o esté contraindicado.

El análisis de la función pulmonar no debe realizarse en presencia de crisis asmática, durante o poco después de una enfermedad respiratoria aguda. Las pruebas de función pulmonar realizadas en las condiciones anteriores no cumplen el requisito de grado de severidad. Deberá considerarse la capacidad de la persona para comprender las indicaciones y el grado de cooperación en la realización del test. El médico perito deberá tener cuidado en detectar las condiciones mencionadas y establecer fehacientemente la correlación entre estas pruebas y el examen clínico efectuado.

Los parámetros espirométricos básicos a considerar son:
- capacidad vital forzada FVC o volumen de aire aspirado durante la maniobra espirométrica
- volúmen espiratorio forzado en el primer segundo o espiración forzada (VEF 1)
- cociente VEF 1 FVC (Tiffernau) indicador de flujo respiratorio

Se consideran valores normales cuando FVC y FEV 1 son iguales o superiores al 80% y el cociente VEF 1 FVC es > 70%

La alteración ventilatoria obstructiva se caracteriza por un índice Tiffernau < 70%, y se observa en enfermedades caracterizados por afectación bronquial con obstrucción al flujo, EPOC, Bronquiectasia, Bronquiolitis, fase de broncoespasmo.

La alteración ventilatoria restrictiva se define por un índice Tiffernau >70% con FVC <80% y se observa en enfermedades del parénquima pulmonar, disminución de volumen de la caja toráxica, resección quirúrgica del parénquima pulmonar, lesiones residuales de tuberculosis pulmonar.

Estandarización de la EF (American Thoracic Society Commitee on Profiency Standards for Pulmonary Function Laboratories: Standardization of Spriometry - 1987 update Am Rev Respir dis. 1981;136:1299 - 1307)

SEXO	HOMBRES			MUJERES	
EDAD	12 a 24	25 a 39	40 a 85	20 a 39	40 a 88
CVF	79.8%	81.1%	73.4%	76.9%	71.8%
VEF1	81.2%	78.1%	72.2%	70.3%	72.6%
I.TIFFENAU	72% a 76%	72% a 73%	67% a 72%	73% a 76%	64% a 72%
FEF 25-75	58.8%	55.3%	40.3%	44.8%	56.9%

4. Prueba pulmonar de esfuerzo por ejercicio (oximetría en ejercicio).

Esta prueba suele practicarse para evaluar pacientes con compromiso intersticial antes de la prueba de difusión. El protocolo de ejercicio se determina según las indicaciones para la prueba y la capacidad de esfuerzo de la persona.

Existen diferentes protocolos para este tipo de prueba.

a. con banda sin fin
b. ergometría de bicicleta
c. caminata de 12 minutos

La tolerancia al ejercicio se hace midiendo VO_2. El trabajo habitual será bien tolerado si el consumo de O_2 no excede el 40% de su VO_2 teórica máxima.

En caso de fibrosis pulmonar debe solicitarse prueba de desaturación en el ejercicio, también podrá requerirse el estudio de difusión de CO que es más específico.

5. Gasometría arterial

Consiste en las medidas de presiones parciales de oxígeno y CO_2 en sangre arterial.

Si bien puede servir como dato objetivo, tiene algún inconveniente, ya que se trata de un examen invasivo, cuyos resultados dependen de una serie de factores externos como obtención de la muestra, su preparación y transporte al laboratorio. Sin embargo, es un examen que se puede realizar siempre ya que no depende de la colaboración del paciente; es la única exploración posible en individuos que no pueden o no quieren hacer las maniobras ventilatorias (niños pequeños, ancianos con deterioro).

Debemos tener en cuenta que la $PaCO_2$ es constante a lo largo de la vida, pero la PO_2 tiende a disminuir con la edad, oscilando entre 90 mmHg a los 20 años y 75 mmHg a los 70 años.

Las alteraciones de la P_2O_2 se limitan a su disminución o hipoxemia. Se puede fijar como hipoxemia una P_2O_2 inferior a 70 mmHg. Esta es grave cuando es inferior a 50 mmHg.

La aparición de hipoxemia permite diagnosticar una insuficiencia respiratoria. La detección de una insuficiencia respiratoria crónica con o sin retención de CO_2 es suficiente para calificar el menoscabo de la

capacidad de trabajo del individuo que la padece; es una condición avanzada de patología respiratoria.

Las alteraciones de P_2CO_2 reflejan la eficiencia de la ventilación alveolar; hipercapnia muestra hipoventilación y la hipocapnia una hiperventilación.

VALORES NORMALES		
GASES EN SANGRE	NORMAL	INSUF.RESP. CRONICA
PO2	97 mm.Hg.	< 60 mm.Hg.
PCO2	40 mm.Hg.	> 50 mm.Hg.
PH	7.4	7.4 (+ - 0.1)

6. Exámenes por Imágenes

En el estudio radiológico del tórax, se deben efectuar proyecciones estándar en planos posteroanterior y lateral, tomadas en inspiración profunda.

A pesar de que las imágenes radiológicas tienen escasa correlación funcional, los impedimentos obstructivos crónicos tienen representación específica. Si hay zonas hiperclaras se debe completar la valoración con T.A.C. (ej. vesículas de enfisema, o enfisema pan o centro lobulillar).

En la evaluación de enfermedades profesionales (especialmente neumoconiosis), el estudio deberá realizarse con técnica específica y su lectura estará referida a la clasificación internacional de radiografías de la O.I.T.

En caso de intersticiopatías o broquiectasias se requiere la TAC para su valoración.

EJEMPLOS DE PATOLOGIAS PULMONARES INCAPACITANTES

Las enfermedades respiratorias pueden agruparse en:

* Obstructivas - E.P.O.C.(Asma bronquial, Enfisema, Bronquitis)
* Restrictivas (Intersticiopatías)
* Mixtas (Bronquiectasias, Tuberculosis etc.)

1. ASMA BRONQUIAL

El asma es un trastorno que se caracteriza por hiper reactividad de las vías aéreas con estrechamiento de las mismas, de carácter reversible en forma espontánea o como consecuencia del tratamiento. La sintomatología en el paciente asmático es muy variable en lo que respecta a gravedad y duración; va desde la ausencia completa de síntomas durante días, meses o años a un estado rebelde y prolongado, de deficiente respuesta al tratamiento, como lo es el status asmático.

El asma bronquial constituye un impedimento que puede tener variaciones funcionales aún diarias en su evolución, por lo que las pruebas de función pulmonar no pueden considerarse como base de la evaluación del menoscabo. Hay personas con pruebas normales o aceptables que tienen una evolución muy inestable, grave e incluso letal. Otros, que exhiben pruebas muy alteradas pueden tener una buena respuesta al tratamiento adecuado o tener una evolución más estable. Por esto, sólo debe considerarse como portadores de un menoscabo severo a los que presentan crisis persistentes o síntomas permanentes que impidan la actividad diurna o el sueño nocturno; habiéndose agotados los protocolos terapéuticos vigentes al momento de la valoración.

No se deberá hacer una evaluación definitiva, antes de seis meses de observación con el tratamiento adecuado. Deberá prestarse atención a la dosis medicamentosa, los intervalos con que la reciben así como la regularidad de la ingestión de la misma. Toda duda en cuanto al cumplimiento del tratamiento podrá requerir el monitoreo de los niveles de droga en sangre.

De igual manera deberán considerarse las crisis de broncoespasmo que requieran tratamientos en salas de emergencia y u hospitalizaciones, a pesar de haber recibido terapia bien llevadas y según protocolos actuales de tratamiento.

En caso del trabajador que presenta crisis de broncoespasmo a consecuencia o por la presencia de agentes desencadenantes del ambiente laboral, se deberá intentar evitar el contacto con dichos agentes ya sea por la eliminación, sustitución u otra forma de tratamiento higiénico del puesto de trabajo o por el cambio de lugar de trabajo, antes de aplicar los criterios de pérdida de la capacidad total o parcial de trabajo, siempre que la condición clínica así lo permita.

2. TUBERCULOSIS PULMONAR

El menoscabo por tuberculosis pulmonar será evaluado según el daño resultante de la función pulmonar. La evidencia de tuberculosis pulmonar activa, lesiones en aumento o la formación de cavernas, no son por sí mismas, una base para determinar la existencia de un daño severo definitivo.

La valoración deberá realizarse al término de la terapia específica, a menos que se trate de una enfermedad poli resistente a las diferentes drogas antituberculosas y sin posibilidades ciertas de un tratamiento quimioterápico efectivo.

En este último caso y en concordancia con el daño anatómo-funcional y el curso evolutivo de la enfermedad, podrá considerarse a la persona como portadora de un menoscabo severo, pero no definitivo, atento a la posible evolución a la curación y a la aparición de nueva terapéutica curativa en estos casos.

3. COR PULMONAR

La presencia de signo sintomatología de insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar crónica, constituye motivo suficiente para catalogar al menoscabo como de grado severo.

4. FISTULA PLEURO-CUTANEA

La presencia de fístula pleuro-cutánea con drenaje purulento persistente, no susceptible de corrección quirúrgica, deberá ser considerada como un menoscabo de grado severo, teniendo en cuenta la patología pulmonar de base y el estado general de la persona.

5. FIBROSIS PULMONAR

En esta afección debe considerarse que muchas veces los trabajadores que las padecen tienen PO2 normal o poco alterada en reposo, pero tienen una importante desaturación en el ejercicio. En todos estos casos deben medirse los gases arteriales en reposo y en ejercicio. Así, una caída mayor de 10 mm. Hg. es indicadora de insuficiencia respiratoria, aunque la PO2 en reposo sea normal; hecho que permite considerar el menoscabo de la persona como de grado severo.

6. MICOSIS PULMONAR

Será calificada por los criterios establecidos para la tuberculosis pulmonar.

7. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

Dos patologías relevantes forman parte de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: enfisema pulmonar y bronquitis crónica. Estas se pueden encontrar en forma pura, pero lo más común es encontrarla en forma mixta. En estas personas se tomarán los parámetros de obstrucción por espirometría que no mejora con broncodilatadores).

La incapacidad determinada por estas patologías puede surgir del compromiso orgánico, funcional o de la combinación de ambos.

La repercusión **orgánica** será considerada:

Leve: cuando existan escasos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial).

Moderada: cuando la obstrucción bronquial ha causado discretos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y diafragmática).

Severa: cuando la obstrucción bronquial ha causado signos físicos marcados (tórax en tonel o enfisematoso con la semiología correspondiente) y signos radiológicos también marcados (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y diafragmática, hiperclaridad pulmonar, bullas, etc.).

La repercusión **funcional** será catalogada:

Leve: cuando los valores de la espirometría se encuentran entre el 65% y 80%.

Moderada: cuando los valores de la espirometría se encuentran entre el 50% y 65%.

Severa: cuando los valores de la espirometría son inferiores al 50%.

Recibido por D. O. el 9 de Enero de 2004

AVISOS PUBLICADOS

APERTURA DE SUCESIONES

(Ley 16.044 Arts. 3o. y 4o.)

Los señores Jueces Letrados de Primera Instancia del Interior, dentro de sus respectivas jurisdicciones, han dispuesto la apertura de las sucesiones que se enuncian seguidamente y citan y emplazan a los herederos, acreedores y demás interesados en ellas para que, dentro del término de treinta días, comparezcan a deducir en forma sus derechos en la sede correspondiente.

SAN JOSE

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA

SEGUNDO TURNO

CARMEN CORRADO VIÑOLY o VIGNOLI PACHECO, (Ficha: 711 2003).
SE ENCUENTRA HABILITADA LA FERIA JUDICIAL MAYOR.
San José, 4 de diciembre de 2003.
ADRIANA FARIAS MENDINA, ESCRIBANA ACTUARIO Adj.
01) $ 2700 10/p 10388 Ene 20- Feb 02

CONVOCATORIAS COMERCIALES

CONVOCATORIA

INVERSORA JAP S.A.

Se convoca a los accionistas a Asamblea Extraordinaria a realizarse el día 10 de Febrero de 2004 a las 15 hrs. en Zabala 1422, P. 1 a efectos de tratar el siguiente Orden del Día:
1- Designación de presidente de la Asamblea.
2- Aprobación de un plan de actividades para la sociedad con instrucciones sobre el mismo a su Directorio en función de la falta de comunicaciones a éste durante los últimos años.

3- Renuncia del Director.
4- Designación de Directorio.
5- Designación de dos accionistas para firmar el Acta.
El registro de acciones se cerrará al iniciarse el acto.
03) $ 1620 3/p 10458 Ene 22- Ene 26

INGENIO SANTA MARÍA S.A.

De conformidad con lo prescripto por el artículo 11 de los Estatutos Sociales, se convoca a los Sres. accionistas para la Asamblea General Extraordinaria, que tendrá lugar el 10 de febrero de 2004, a la hora 17 en el local de la Av. Dámaso Antonio Larrañaga 3444, a fin de tratar el siguiente:

ORDEN DEL DIA:

Reforma de Estatuto. Ratificar lo resuelto en la Asamblea Extraordinaria de Accionistas del 15 de Abril de 1999 y rectificar el estatuto de acuerdo a las observaciones efectuadas por la Auditoría Interna de la Nación.
Se previene a los señores accionistas que, de acuerdo al artículo 19 de los Estatutos Sociales, para formar parte de la Asamblea deberán depositar sus acciones o certificados de depósito de las mismas, otorgado por un Banco o casa financiera o comercial a satisfacción del Directorio, en la Caja Social, hasta veinticuatro horas antes de la fecha fijada para la Asamblea.
EL DIRECTORIO.
03) $ 2430 3/p 10462 Ene 22- Ene 26

Faremar S.A. convoca a los Sres. Accionistas a la Asamblea Ordinaria de Accionistas a realizarse el día 11 de Febrero de 2004 a la hora 10 en primera citación y a la hora 11 en segunda citación en 18 de Julio 1485 ap. 4 para considerar y resolver los siguientes asuntos:
a) Balance General y Memoria.
b) Designación de Directorio
c) Responsabilidad del Directorio.
Convoca a los Sres. Accionistas a la Asamblea Extraordinaria de Accionistas a realizarse el 11 de Febrero de 2004 a la hora 11:30 en primera citación y a las 12:30 en segunda citación en 18 de Julio 1485 ap. 4 para considerar y resolver el siguiente asunto:
a) Disolución de la sociedad.
b) Designación de liquidador.
Marcelo Calandra, Director.
03) $ 1890 3/p 10505 Ene 23- Ene 27



MONTEVIDEO

ENTES

OSE

ADMINISTRACION DE LAS OBRAS SANITARIAS DEL ESTADO

O. S. E.

EDICTO DE EXPROPIACION Y NOTIFICACION: Se hace público y notifica que el Poder Ejecutivo por Decreto del 23 de diciembre de 2003 ha designado para ser expropiado por causa de utilidad pública, declarándose urgente su ocupación una fracción de terreno necesaria para el emplazamiento de un Tanque elevado en Paraje Villa María, 6ª Sección Catastral del Departamento de San José, empadronada con el Nº 147 parte, propiedad de la Sra. HERMINIA MENYOU PEREZ y de acuerdo al plano del Ing. Agr. Germán Dellepiane, inscripto en la Dirección Nacional de Catastro (Oficina Delegada de San José), el 26 de agosto de 2003 con el Nº 8963, está señalada como Fracción Nº 1, tiene una superficie de 107 m2 97 dm2 y se deslinda así: al Suroeste: tramo recto de 2 m 67 y tramo curva de 0 m 53 frente a calle Pública; al Noroeste: 33 m 74 lindando con el padrón Nº 147 Fracción A; al Noreste: 3 m 20 lindando con parte del padrón Nº 65 y al Sureste: 33 m 74 lindando con el padrón Nº 210.
El bien fue tasado por la Dirección General de Catastro Nacional en la suma de U.R. 63,8714. Expediente Nº 1140 2001.
El expediente respectivo se encuentra de manifiesto en la División Escribanía de la Administración, calle Roxlo Nº 1275 de la ciudad de Montevideo, a efectos de lo dispuesto en la Ley Nº 3958 del 28 de marzo de 1912, quedando en consecuencia citados y notificados el propietario y todos aquellos que tuvieran derechos reales o personales sobre el bien.
A publicarse durante ocho días hábiles consecutivos.
09) (Cta. Cte.) 8/p 50116 Ene 19- Ene 28



Montevideo, enero 23 de 2004
Cumplimiento de la disposición del artículo 3o. de la ley 9.906 del 30 de diciembre de 1939 de acuerdo con lo que se expresa en dicho artículo debe tenerse muy en cuenta la advertencia que se transcribe que figura en los correspondientes edictos que firman los respectivos Oficiales del Registro Civil.
"En fe de lo cual intimo a los que supieren algún impedimento para el matrimonio proyectado lo denuncie por escrito ante esta Oficina haciendo conocer las causas y lo firme para que sea publicado en el "Diario Oficial" por espacio de ocho días como manda la Ley."
Espacio limitado a tres días por la Ley 9.906.

MONTEVIDEO

OFICINA No. 1

SERGIO FABIAN DOLLANARTE, 23 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Egipto 3885 y VIRGINIA LOURDES SOTO, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Egipto 3885.
14) $ 273 3/p 303 Ene 23- Ene 27

MILTON EBERT DODERO, 50 años, divorciado, sanitario, oriental, domiciliado en José B y Ordoñez 2141 y MARTHA STEINFELD, 64 años, viuda, pensionista, oriental, domiciliada en José B y Ordoñez 2141.
14) $ 273 3/p 308 Ene 23- Ene 27

DIEGO GERARDO DIAZ, 19 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Azara 3518 1 y VERONICA SOLANGE VARA, 18 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Azara 3631 3.
14) $ 273 3/p 311 Ene 23- Ene 27

WILLIAMS PABLO DELGADO, 32 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Coronilla 564 y FABIANA GARCIA, 29 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Blandengues 1913.
14) $ 273 3/p 312 Ene 23- Ene 27

LEANDRO CRESENCIO DOMINGUEZ, 42 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Juan Paullier 1472 7 y MARCELA ALEJANDRA PACILIO, 34 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Juan Paullier 1472 7.
14) $ 273 3/p 313 Ene 23- Ene 27

BERNARDO FABIO HUELMO, 30 años, soltero, ingeniero, oriental, domiciliado en Colonia 2117 301 y MARIA VICTORIA IRAZABAL, 26 años, soltera, ingeniero, oriental, domiciliada en Soriano 1238 405.
14) $ 273 3/p 317 Ene 23- Ene 27

OFICINA No. 2

LUIS EDGARDO BELLIZZI, 45 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en E. Erria 70. Torre 10 801 y ANA MARIA ARAUJO, 41 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en E. Erria 70. Torre 10. 801.
14) $ 273 3/p 298 Ene 23- Ene 27

ENRIQUE ALBERTO FERRARO, 46 años, soltero, comercio, oriental, domiciliado en José Belloni 5297 y JULIA DEL CARMEN SUAREZ, 47 años, soltera, gestora, oriental, domiciliada en Ramón Franco 4110.
14) $ 273 3/p 299 Ene 23- Ene 27

OMAR MARIO BAZZANO, 36 años, divorciado, militar, oriental, domiciliado en Missouri 1580 y MONICA SUSANA EVIA, 33 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Missouri 1580.
14) $ 273 3/p 302 Ene 23- Ene 27

GONZALO LUIS FIGUEIRO, 27 años, soltero, antropologo, argentino, domiciliado en Messina 5519 12 y PATRICIA LAURA AMORIN, 27 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Messina 5519 12.
14) $ 273 3/p 304 Ene 23- Ene 27

MARCELO BRUGNOLI, 31 años, soltero, guardavidas profesor, oriental, domiciliado en José Mº Montero 2989 y KARINA SCHIAFFINO, 27 años, soltera, guardavidas profesora, oriental, domiciliada en José Mº Montero 2989.
14) $ 273 3/p 305 Ene 23- Ene 27

VICTORIO BALDINI, 100 años, viudo, jubilado, italiano, domiciliado en Caazapá 4879 y ARACY COITINHO, 80 años, divorciada, pencianista, oriental, domiciliada en Caazapá 4879.
14) $ 273 3/p 309 Ene 23- Ene 27

OFICINA No. 3

ALVARO ANDRES CAMEROSANO, 30 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Soriano 895 502 y GABRIELA NINA PASCALE, 25 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Siracusa 2244.
14) $ 273 3/p 310 Ene 23- Ene 27

OFICINA No. 4

MARCELO FABIAN GOMEZ, 35 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Ramón Anador 3681 301 y CARMEN VALERIA EIRALDI, 25 años, soltera, enfermera, oriental, domiciliada en Ramón Anador 3681 301.
14) $ 273 3/p 300 Ene 23- Ene 27

RODOLFO LEA PLAZA, 33 años, soltero, odontólogo, estadounidense, domiciliado en Acosta y Lara 7630 y MARIA CAROLINA MEDINA, 29 años, soltera, licenciada, oriental, domiciliada en 18 de Julio 2103.
14) $ 273 3/p 301 Ene 23- Ene 27

WASHINGTON JORGE GARCIA, 39 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Cufré 2516 y EDILANIA AMARO, 35 años, soltera, comercio, brasileña, domiciliada en Cufré 2516.
14) $ 273 3/p 307 Ene 23- Ene 27

OFICINA No. 5

CLAUDIO GUSTAVO ORREGO, 43 años, divorciado, fotografo, oriental, domiciliado en Martín Fierro 2583 Bis 604 y MARIELLE BIANCA OLIVERA, 25 años, soltera, comercio, oriental, domiciliada en Martín Fierro 2583 Bis 604.
14) $ 273 3/p 314 Ene 23- Ene 27

CLAUDE ALEXANDRE TISSIERRE, 25 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Rivera 2177 y FLORENCIA TEDESCO, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Massini 3272 301.
14) $ 273 3/p 318 Ene 23- Ene 27

JUAN ALBERTO MARTINEZ, 19 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Avda de Las Aljabas 4936 y MIRIAM KARINA DE LEON, 20 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Avda de Las Aljabas 4936.
14) $ 273 3/p 319 Ene 23- Ene 27

OFICINA No. 6

DIEGO GABRIEL SOSA, 24 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Domingo Aramburú 2018 bis-5 y TANIA JUDITH VIGO, 23 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Domingo Aramburú 2018 bis-5.
14) $ 273 3/p 306 Ene 23- Ene 27

VICTORIO ULISES SUAREZ, 76 años, divorciado, jubilado, oriental, domiciliado en Guayaquí 3428 101 y ROSA ESTHER HABIAGA, 55 años, divorciada, labores, oriental, domiciliada en Guayaquí 3428-101.
14) $ 273 3/p 315 Ene 23- Ene 27

JOSE IGNACIO RODRIGUEZ, 31 años, soltero, comerciante, oriental, domiciliado en Fco. Simón 2418 1 y MARIA FERNANDA RODRIGUEZ, 27 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Fco. Simón 2418 1.
14) $ 273 3/p 316 Ene 23- Ene 27

MARTIN RIVAS, 22 años, soltero, estudiante, oriental, domiciliado en Rivera 2788 y VALERIA RODRIGUEZ, 24 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Rivera 2788.
14) $ 273 3/p 321 Ene 23- Ene 27

IGNACIO SAMMARCO, 23 años, soltero, estudiante, oriental, domiciliado en Solano Antuña 2667 102 y PATRICIA NADIA PESCE, 23 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Solano Antuña 2667 102.
14) $ 273 3/p 322 Ene 23- Ene 27

OFICINA No. 7

JAVIER PITTINI, 30 años, soltero, comerciante, oriental, domiciliado en Edmundo Bianchi 2520 y CLAUDIA SILVA, 29 años, soltera, psicóloga, oriental, domiciliada en Edmundo Bianchi 2520.
14) $ 273 3/p 320 Ene 23- Ene 27

Montevideo, enero 22 de 2004
Cumplimiento de la disposición del artículo 3o. de la ley 9.906 del 30 de diciembre de 1939 de acuerdo con lo que se expresa en dicho artículo debe tenerse muy en cuenta la advertencia que se transcribe que figura en los correspondientes edictos que firman los respectivos Oficiales del Registro Civil.
"En fe de lo cual intimo a los que supieren algún impedimento para el matrimonio proyectado lo denuncie por escrito ante esta Oficina haciendo conocer las causas y lo firme para que sea publicado en el "Diario Oficial" por espacio de ocho días como manda la Ley." Espacio limitado a tres días por la Ley 9.906.

MONTEVIDEO

OFICINA No. 1

RAUL ALBERTO DIAZ, 28 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Lombardia 5883 y MARIA ELIZABETH COITIÑO, 24 años, soltera, peluquera, oriental, domiciliada en Caiguá 1169.
14) $ 273 3/p 277 Ene 22- Ene 26

ALEJANDRO HENRY de los SANTOS, 27 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Cno. Paso de la Española 5116 y MARIA ALEJANDRA SANDE, 25 años, soltera, maestra, oriental, domiciliada en Cno. Paso de la Española 5116.
14) $ 273 3/p 278 Ene 22- Ene 26

CARLOS NOEL ALISERIS, 91 años, viudo, jubilado, oriental, domiciliado en Ejido 1217 49 y MARIA ESPERANZA TEJERA, 67 años, soltera, jubilada, oriental, domiciliada en Ejido 1217 49.
14) $ 273 3/p 283 Ene 22- Ene 26

ROBERTO FRANCISCO AGAZZI, 33 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Agustin Sosa 3622 y LAURA NOEL PARDIE, 27 años, divorciada, estudiante, oriental, domiciliada en Agustin Sosa 3622.
14) $ 273 3/p 288 Ene 22- Ene 26

FRANCISCO JESUS DELGADO, 21 años, soltero, comercio, oriental, domiciliado en Isla de Flores 1576 y PAULA JOSEFINA BENTANCOR, 21 años, soltera, comercio, oriental, domiciliada en Isla de Flores 1576.
14) $ 273 3/p 289 Ene 22- Ene 26

HECTOR MANUEL DOMINGUEZ, 43 años, soltero, psicólogo, oriental, domiciliado en Obligado 965 202 y MARIA CRISTINA CHAPT, 43 años, soltera, contadora, oriental, domiciliada en Obligado 965 202.
14) $ 273 3/p 293 Ene 22- Ene 26

HEBERT DAMIAN HERNANDEZ, 23 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Juan Cabal 2494 y ANDREA SILVANA PENA, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Yaguari 2248 5.
14) $ 273 3/p 297 Ene 22- Ene 26

OFICINA No. 2

PATRIK BASEL, 31 años, soltero, comerciante, checoslovaco, domiciliado en Placido Ellauri 3265 2 y JACQUELINE RITA REFEROVICH, 29 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Placido Ellauri 3265 2.
14) $ 273 3/p 251 Ene 22- Ene 26

RODOLFO DANIEL FLORES, 36 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Gutiérrez 1897 2 y ADELA VICTORIA ARAUJO, 31 años, divorciada, confecionista, oriental, domiciliada en Gutiérrez 1897 2.
14) $ 273 3/p 286 Ene 22- Ene 26

PABLO ANIBAL BLANCO, 35 años, divorciado, abogado, oriental, domiciliado en Benito Nardone 2337 202 y CARLA MARIANA SICARDI, 27 años, soltera, abogada, oriental, domiciliada en Agraciada 2541 601.
14) $ 273 3/p 292 Ene 22- Ene 26

JUAN IGNACIO BENITES, 28 años, solte-

ro, estudiante, oriental, domiciliado en Fco. Araucho 1166 12 y VALERIA TRAIBEL, 29 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Fco. Araucho 1166 12.
14) $ 273 3/p 295 Ene 22- Ene 26

OFICINA No. 3

SERGIO ANDRES CURBELO, 31 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Las Rosas 3496 y SILVIA MARIANELA MORENO, 24 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Las Rosas 3496.
14) $ 273 3/p 276 Ene 22- Ene 26

CARLOS AUGUSTO CUADRADO, 25 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en Holanda 2256 y GABRIELA LORELEY VALDEZ, 28 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Luis B. Berres 5088.
14) $ 273 3/p 282 Ene 22- Ene 26

GIORGIO MARCELO CARLEVARO, 30 años, soltero, escultor, oriental, domiciliado en Avalos 3226 6 y LAURA KALAFATIS, 28 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Avalos 3226 6.
14) $ 273 3/p 284 Ene 22- Ene 26

OFICINA No. 4

GABRIEL LAZO, 29 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Cuba 3864 y MARIA ROSANA VIERA, 30 años, soltera, docente, oriental, domiciliada en Portugal 3461.
14) $ 273 3/p 287 Ene 22- Ene 26

LEONARDO GARCIA, 26 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Carlos Gardel 973 y KATUSHA ALEJANDRA NUÑEZ, 22 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Carlos Gardel 973.
14) $ 273 3/p 291 Ene 22- Ene 26

OFICINA No. 5

LUIS ALBERTO QUINTELA, 31 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Juan M Pérez 2880 302 y SILVIA GABRIELA GUTIERREZ, 27 años, soltera, abogada, oriental, domiciliada en Edison 5796.
14) $ 273 3/p 279 Ene 22- Ene 26

MAURICIO JAVIER MIRANDA, 30 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Saenz Peña 5652 y MARIA del ROSARIO VELOSO, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Hamburgo 1581.
14) $ 273 3/p 285 Ene 22- Ene 26

MARCELO PAOLO TROPIANO, 28 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Gral Flores 3529 y MARIA PAULA LARROSA, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Candelaria 1861.
14) $ 273 3/p 290 Ene 22- Ene 26

JOAQUIN MARIA MOTTA, 28 años, soltero, docente, oriental, domiciliado en Ambrosio Velazco 1553 102 y ANA LAURA BALDI, 27 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Ambrosio Velazco 1553 102.
14) $ 273 3/p 294 Ene 22- Ene 26

OFICINA No. 6

EDINSON HORACIO SANCHEZ, 32 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Emancipación 4375-201 y MARIA BETTINA CERILIANO, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Emancipación 4375 201.
14) $ 273 3/p 275 Ene 22- Ene 26

ROBERT FABIAN RODRIGUEZ, 35 años, divorciado, albañil, oriental, domiciliado en Silvestre Pérez 2384 y FABIANA KARINA SILVEIRA, 25 años, soltera, enfermera, brasileña C N, domiciliada en Silvestre Perez 2384.
14) $ 273 3/p 281 Ene 22- Ene 26

OFICINA No. 7

ALDO JAVIER POLAK, 29 años, soltero, ingeniero, oriental, domiciliado en Bvar. Artigas 934 601 y ANA LEONORA BLUTH, 29 años, soltera, empresaria, uruguaya, domiciliada en Gnral Nariño 1564.
14) $ 273 3/p 280 Ene 22- Ene 26

ROBERTO EDMUNDO PICCO, 30 años, soltero, propietario, oriental, domiciliado en La Paz Nº 220 bis y SUSANA BEATRIZ MADRUGA, 23 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en Real Nº 3969.
14) $ 273 3/p 296 Ene 22- Ene 26



BIBLIOTECA NACIONAL

REGISTRO DE DERECHOS DE AUTOR

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

FELIX EDUARDO SIVORI solicita la inscripción de la Obra titulada "CANTOS EN "MI" (Los tiempos de la vida) de su autoria Montevideo 9 de enero 2004 SR. RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10204 Ene 13- Ene 26

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

MARIA MAROZZI DUTRENIT solicita la inscripción de la Obra titulada "MIS TRES NOVELAS" y el seudónimo denominado "MARIA VETZERA". de su autoria. Montevideo 9 de enero de 2004 SR. RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10205 Ene 13- Ene 26

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

ASEQUIS S.A. solicita la inscripción del Software denominado "D-TRACE" del cual se declara EDITORA = PROPIETARIA siendo los autores Eduardo Etchart, Fernando Morales, Ricardo Fagúndez, Federico Cianelli y YAMANDU de LEON. Montevideo 12 de enero de 2004 SR. RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 1350 10/p 10251 Ene 14- Ene 27

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

NICHOLAS CRANWELL solicita la inscripción del Software denominado "PHome Remote Control", de su autoria. Montevideo 13 de enero del 2004 Sr Raul Ricardo Vallarino, Director General.
17) $ 900 10/p 10261 Ene 15- Ene 28

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

CAMILO SOARES solicita la inscripción de la obra titulada "EL PATO ARNOLDO" (LA PATA BETTY y EL CONEJO EVARISTO), de su autoria. Montevideo 10 de diciembre del 2003 SR RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10272 Ene 15- Ene 28

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

GUILLERMO PASTORINI solicita la inscripción del Album musical titulado "MISTERIOUS BROTHERHOOD" de su autoria. Montevideo 9 de enero de 2004 SR. RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10275 Ene 15- Ene 28

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

JUAN CARLOS VALLS MENDIBEHERE, solicita inscripción de la obra titulada "MIENTRAS PASA EL TIC-TAC DEL TIEMPO". Vol. 1 al 4, de su autoria. Montevideo 15 de enero del 2004 Sr. RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10315 Ene 19- Ene 30

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

WALTER TABAREZ, MARIA INES ROCHA, MARIA BARRERA, MARTHA SILVERA y MARIA ELENA QUINTANA solicitan la inscripción del Folleto educativo denominado "LA DIMENSION COOPERATIVA EN LA ESCUELA" de su autoria. Montevideo 29 de diciembre de 2003 SR. RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 1350 10/p 10386 Ene 20- Feb 02

BIBLIOTECA NACIONAL Derechos de Autor

PENNY LUISA CISNEROS solicita la inscripción de la obra titulada "ALMA DE NIÑO", de la cual se declaró autora.- Montevideo, 20 de enero de 2004. RAUL RICARDO VALLARINO, Director General.
17) $ 900 10/p 10451 Ene 22- Feb 04

BIBLIOTECA NACIONAL Derechos de Autor

FRANCISCO GONZALEZ solicita la inscripción de la obra titulada "LA MUERTE NUCLEAR", de la cual se declaró autor.- Montevideo, 20 de enero de 2004. RAUL RICARDO VALLARINO, Director General.
17) $ 900 10/p 10453 Ene 22- Feb 04

BIBLIOTECA NACIONAL
Derechos de Autor

BRUNO BERLOTO FORNARI solicita la inscripción del texto del reglamento del juego denominado "FASTBOL" del cual se declaró autor.- Montevideo, 20 de enero de 2004. RAUL RICARDO VALLARINO, Director General.
17) $ 900 10/p 10459 Ene 22- Feb 04

VENTA DE COMERCIOS

VENTA DE COMERCIO

Ley 26 9 904. "LUBRICOM S.R.L." prometió vender la Estación de Servicio sita en Montevideo, Bulevar Batlle y Ordoñez 4843 a "GASPOINT LTDA". Acreedores allí.
25) $ 3600 20/p 10208 Ene 13- Feb 09

Ley 26 9 1904 GONDIMAR S.R.L. prometio vender a SCHWALB Y CIA LIMITADA Farmacia sita Daniel F. Crespo 1818. Acreedores en José Batlle Ordoñez 2224 solo respecto ARGENTINA II.
25) $ 3600 20/p 34312 Dic 26- Ene 26

Ley 2904.- Fontenay S.A. prometió vender a Ebanir S.A. marca, equipamiento oficina, herramientas y vehículos. Acreedores: Uruguay 872 602, Montevideo.
25) $ 3600 20/p 34549 Ene 02- Ene 30

LEY 26.09.1904.- ROBERTO CESAR PORLEY MORALES prometió vender a VICKTORIA SOC. EN COM. POR ACCIONES, "FARMACIA PORLEY", sita en Batlle y Ordóñez número 796 de San José.- Acreedores al mismo.
25) $ 3600 20/p 34553 Ene 02- Ene 30

VARIOS

MONTEVIDEO

ENTES

UTE

UTE

La Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas, de acuerdo a lo establecido por el Decreto - Ley Nº 10.383, del 13 de febrero de 1943, reglamentado,- en relación con las servidumbres que afectan a los inmuebles por la construcción, vigilancia y servicio de la línea aérea de conducción de energía eléctrica de 30 kV "DERIVACION DE LA LINEA DE 30 KV. Arapey - Lluveras, en el inmueble empadronado con el Nº 7637 al inmueble empadronado con el Nº 178, ubicados en la 8ª. Sección Judicial del departamento de Salto_", y a lo que dispone al art. 26 del Decreto - Ley Nacional de Electricidad Nº 14.694, del 1º de setiembre de 1977, y conforme a lo dispuesto por la Ley Nº 9.722, de 18 de noviembre de 1937 y los artículos 100 y siguientes del Decreto 277 002 de fecha 28 de junio de 2002, hace saber que su Directorio, por R. 03.- 3700, del 30 de diciembre de 2003, designó a los inmuebles que serán afectados por el trazado íntegro de la línea y que quedarán sujetos a las siguientes servidumbres, con el alcance que fijan las disposiciones citadas:
a) de ocupación definitiva del área necesaria para las torres, mástiles y soportes de cualquier clase y dimensión;
b) de limitación del derecho de uso y goce, en la forma y con la amplitud que resulten necesarias para los fines expresados, para la seguridad en general y para la especial de las obras y cables aéreos.
A esos efectos se estableció una franja cuyo eje coincide con el de la línea, que estará afectada por las servidumbres previstas por los literales B) y C) del art. 1º del citado Decreto - Ley de 1943 y que tendrá un ancho de treinta (30) metros.
Dentro de esa zona, la construcción, subsistencia o modificación de edificios de cualquier índole, instalaciones, maquinaria, antenas, molinos, depósitos de combustible o cualesquiera clase de obras, la permanencia o plantación de árboles que hayan llegado a una altura que se considere peligrosa o que factiblemente la alcancen, la explotación del suelo o subsuelo en forma que se considere peligrosa o inconveniente -entre otras hipótesis-, podrán dar lugar al ejercicio de las atribuciones conferidas a UTE por las disposiciones citadas, entre las que se incluye las prohibiciones y limitaciones que se considere necesarias respecto a todo aquello que, dentro de tales zonas, pueda afectar, o se repute inconveniente para, la seguridad en general y para la especial de los cables, mástiles, torres y demás elementos constitutivos de la línea e instalaciones anexas, o para el buen funcionamiento del servicio público de electricidad -sin perjuicio del derecho a la indemnización que por los daños y perjuicios que sean consecuencia directa, inmediata y necesaria de las servidumbres, conforme a lo previsto por el art. 2º del D.-L. 10.383. Asimismo, no podrá instalarse depósitos de explosivos a una distancia menor de ciento cincuenta (150) mts. del eje de la línea y, dentro de esa misma zona, el empleo de barrenos o la realización de cualquier otro tipo de explosiones deberá ser previamente sometido a la consideración de UTE, la que podrá condicionar el otorgamiento de su imprescindible autorización al cumplimiento de ciertos requisitos cuya determinación corresponderá a los Profesionales encomendados por sus reparticiones competentes. Los inmuebles afectados por estas servidumbres aparecen señalados en los respectivos planos parcelarios que, junto con el tenor de las disposiciones citadas que correspondan, se encuentran de manifiesto por el término legal en la Sub-Gerencia Coordinación Asuntos Industriales. UTE -Palacio de la Luz, Paraguay Nº 2431, 4º piso, Vent. 406 Montevideo- y en los Juzgados de Paz competentes individualizados por su número de padrón y por sus propietarios - en la nómina siguiente:
.PADRON PROBABLE PROPIETARIO
7637 MIRTA E. NOVOA DE SILVA Y OTROS
178 G. PONCE DE LEON
Los inmuebles están sometidos también a las servidumbres establecidas para otras obras públicas que han sido declaradas vigentes para ésta en cuanto sean aplicables, además de las de estudio y ocupación temporaria (art. 1º, lit. C) del D.-L. 10.383), notificables en la forma respectiva.
Este aviso se publica a los efectos de lo dispuesto por el art. 3º del D.-L. 10.383, quedando en consecuencia citados y notificados los propietarios, poseedores, titulares de otros derechos reales sobre los expresados inmuebles, arrendatarios, comodatarios y ocupantes a cualquier título de los mismos, que no hayan sido ya notificados en forma personal de la afectación de los inmuebles a los que están relacionados a las servidumbres establecidas en favor de la línea que se menciona.
Las oposiciones u observaciones se deducirán por escrito, que habrá de ser presentado directamente en la Gerencia de Sector Proyectos y Normalización o ante el Juzgado de Paz Competentes, desde donde se lo remitirá a UTE.
UTE
Sub-Gerencia de Coordinación Asuntos Industriales
Gerencia de Area Asesoría Técnico - Jurídica.
27) (Cta. Cte.) 10/p 50167 Ene 23- Feb 05

UTE

La Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas, de acuerdo a lo establecido por el Decreto - Ley Nº 10.383, del 13 de febrero de 1943, reglamentado,- en relación con las servidumbres que afectan a los inmuebles por la construcción, vigilancia y servicio de la línea aérea de conducción de energía eléctrica de 30 kV "DERIVACION DE LA LINEA DE 30 KV. Arapey - Lluveras, en el inmueble empadronado con el Nº 2342 al inmueble empadronado con el Nº 175, ubicados en la 8ª. Sección Judicial del departamento de Salto", y a lo que dispone al art. 26 del Decreto - Ley Nacional de Electricidad Nº 14.694, del 1º de setiembre de 1977, y conforme a lo dispuesto por la Ley Nº 9.722, de 18 de noviembre de 1937 y los artículos 100 y siguientes del Decreto 277 002 de fecha 28 de junio de 2002, hace saber que su Directorio, por R. 03.- 3701, del 30 de diciembre de 2003, designó a los inmuebles que serán afectados por el trazado íntegro de la línea y que quedarán sujetos a las siguientes servidumbres con el alcance que fijan las disposiciones citadas:
a) de ocupación definitiva del área necesaria para las torres, mástiles y soportes de cualquier clase y dimensión;
b) de limitación del derecho de uso y goce, en la forma y con la amplitud que resulten necesarias para los fines expresados, para la seguridad en general y para la especial de las obras y cables aéreos.
A esos efectos se estableció una franja cuyo eje coincide con el de la línea, que estará afectada por las servidumbres previstas por los literales B) y C) del art. 1º del citado Decreto - Ley de 1943 y que tendrá un ancho de treinta (30) metros.
Dentro de esa zona, la construcción, subsistencia o modificación de edificios de cualquier índole, instalaciones, maquinaria, antenas, molinos, depósitos de combustible o cualesquiera clase de obras, la permanencia o plantación de árboles que hayan llegado a una altura que se considere peligrosa o que factiblemente la alcancen, la explota-

ción del suelo o subsuelo en forma que se considere peligrosa o inconveniente -entre otras hipótesis-, podrán dar lugar al ejercicio de las atribuciones conferidas a UTE por las disposiciones citadas, entre las que se incluye las prohibiciones y limitaciones que se considere necesarias respecto a todo aquello que, dentro de tales zonas, pueda afectar, o se repute inconveniente para, la seguridad en general y para la especial de los cables, mástiles, torres y demás elementos constitutivos de la línea e instalaciones anexas, o para el buen funcionamiento del servicio público de electricidad -sin perjuicio del derecho a la indemnización que por los daños y perjuicios que sean consecuencia directa, inmediata y necesaria de las servidumbres, conforme a lo previsto por el art. 2º del D.-L. 10.383. Asimismo, no podrá instalarse depósitos de explosivos a una distancia menor de ciento cincuenta (150) mts. del eje de la línea y, dentro de esa misma zona, el empleo de barrenos o la realización de cualquier otro tipo de explosiones deberá ser previamente sometido a la consideración de UTE, la que podrá condicionar el otorgamiento de su imprescindible autorización al cumplimiento de ciertos requisitos cuya determinación corresponderá a los Profesionales encomendados por sus reparticiones competentes. Los inmuebles afectados por estas servidumbres aparecen señalados en los respectivos planos parcelarios que, junto con el tenor de las disposiciones citadas que correspondan, se encuentran de manifiesto por el término legal en la Sub-Gerencia Coordinación Asuntos Industriales. UTE - Palacio de la Luz, Paraguay Nº 2431, 4º piso, Vent. 406 Montevideo- y en los Juzgados de Paz competentes individualizados por su número de padrón y por sus propietarios - en la nómina siguiente:

.PADRON PROBABLE PROPIETARIO
2342 EULALIA SILVA GOMEZ
7698 MARIO SILVA NOBRE
175 HERMES SILVA

Los inmuebles están sometidos también a las servidumbres establecidas para otras obras públicas que han sido declaradas vigentes para ésta en cuanto sean aplicables, además de las de estudio y ocupación temporaria (art. 1º, lit. C) del D.-L. 10.383), notificables en la forma respectiva.
Este aviso se publica a los efectos de lo dispuesto por el art. 3º del D.-L. 10.383, quedando en consecuencia citados y notificados los propietarios, poseedores, titulares de otros derechos reales sobre los expresados inmuebles, arrendatarios, comodatarios y ocupantes a cualquier título de los mismos, que no hayan sido ya notificados en forma personal de la afectación de los inmuebles a los que están relacionados a las servidumbres establecidas en favor de la línea que se menciona.
Las oposiciones u observaciones se deducirán por escrito, que habrá de ser presentado directamente en la Gerencia de Sector Proyectos y Normalización o ante el Juzgado de Paz Competentes, desde donde se lo remitirá a UTE.
UTE
Sub-Gerencia de Coordinación Asuntos Industriales
Gerencia de Area Asesoría Técnico - Jurídica.
27) (Cta. Cte.) 10/p 50168 Ene 23- Feb 05

MINISTERIOS

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS. DIRECCION GENERAL DE COMERCIO. AREA DEFENSA DEL CONSUMIDOR.

Se notifica a continuación la resolución adoptada en distintas actuaciones:
LURINA S.A. - Por Res. de fecha 17 3 2003, en As. 186 2000 se dispuso no acceder a lo solicitado por la citada firma.
CLAVILEÑO S.A. - Por Res. de fecha 2 12 2002, en As. 621 2000 se dispuso aplicarle una multa de 35 Unidades Reajustables, por infracción al Decreto Nº 141 992 del 2 4 1992.
RAGSON S.A. - Por Res. de fecha 7 2 2003 en As. 1567 2001 se dispuso aplicarle una multa de 10 Unidades Reajustables por incumplimiento de los Decretos Nº 59 999 de 3 3 1999, 64 000 del 18 2 2000 y 162 000 de fecha 31 5 2000.
NEGAL S.A. - Por Res. de fecha 16 12 2002 en As. 602 2002, se dispuso apercibir a la citada firma, por infracción a la Ley 17.250 de 11 8 2000 y Decreto 244 2000 de fecha 23 8 2000.
MENTO LTDA. - Por Res. de fecha 6 5 2002 en As. 148 2002, se dispuso apercibir a la citada firma, por infracción a la Ley Nº 17.250 del 11 8 2000 y Decreto 244 000 de fecha 23 8 2000.
EDUARDO GONZALEZ VEIGA y VERONICA SANCHEZ CAVEDAGNI - Por Res. de fecha 28 7 2003 en As. 170 2003, se dispuso aplicarle una multa de 20 Unidades Reajustables por infracción a la Ley Nº 17.250 del 11 8 2000 y Decreto Nº 244 000 de fecha 23 8 2000.
PATRICIA ANDREA PEREIRA PELAYO - Por Res. de fecha 22 8 2003 en As. 280 2001, se dispuso otorgarle vista de los obrados por el término de 10 días.
BERT S.A. - Por Res. de fecha 5 3 2002 en As. 728 2001, se dispuso otorgarle vista de los obrados, por el término de 10 días.
Montevideo.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50164 Ene 23- Ene 27

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS DIRECCION NACIONAL DE HIDROGRAFIA

Se comunica que se ha presentado en esta Dirección Nacional, una solicitud de NALDEN S.A., para regularizar un represamiento que embalsa las aguas de una cañada, tributaria del arroyo Caraguatá, afluente del Río Tacuarembó, en la cuenca del Río Negro, con destino al riego de cultivos de arroz. El dique de la represa se ubica sobre parte del padrón Nº 5.175; su embalse afecta parte de los padrones Nos. 5.175, 4.516 y 1.680, todos de la 8ª sección catastral del departamento de Tacuarembó.-
Se cita a todos aquellos que tuvieren interés a una Audiencia Pública a efectuarse en las condiciones establecidas en el Art. 177 del Código de Aguas, el día 6 de FEBRERO del 2004 a las 10.00 horas, en la oficina de la Dirección Nacional de Hidrografía en la ciudad de Tacuarembó, sita en la calle Gral. Rivera 286, de dicha ciudad.-
Ing. Agrim. RAMON LLUVIERA, JEFE REGIONAL TACUAREMBO.
27) $ 2430 3/p 10504 Ene 23- Ene 27

BANCOS

BANCO CENTRAL DEL URUGUAY



Banco Central del Uruguay

Por disposición de la "Comisión Asesora - Artículo 31 de la Ley No. 17.613", se notifica la vista otorgada en los expedientes del Banco Central del Uruguay de acuerdo al siguiente detalle: 1) Expediente No. 2003/0600: Nelson Mora; 2) Expediente No. 2003/0215: Adriano André Deves; 3) Expediente No. 2003/0828: Ramón Rodolfo Martínez Zuccardi.-

27) (Cta. Cte.) 3/p 50144 Ene 22- Ene 26



Banco Central del Uruguay

Montevideo, 20 de enero de 2004.

De acuerdo con las disposiciones en vigor y procesada la información correspondiente al período **1** al **31 de diciembre de 2003**, se notifica por este medio a los cuentacorrentistas detallados a continuación, la clausura hasta el **31 de diciembre de 2004** de sus respectivas cuentas corrientes en todo el sistema bancario:

Comunicación Documentación	Nro.: 1403 Nombre	Inicio	Final.
3137296-9	BANDERA PIÑEYRO, HORACIO GABRI	31 12 03	31 12 04
210354940015	C.I.C.S.S.A.	31 12 03	31 12 04

Aviso Nº 50159 continua en pág. 305-C

1155547-4	CABRERA ETCHEBEST MIGUEL OCTAVIO	31 12 03	31 12 04
753415-9	COLLA ALBINO, JULIO CESAR	31 12 03	31 12 04
210255910010	COLLA S.A.	31 12 03	31 12 04
1993988-4	CURTI BRITOS, SUSANA NAIR	31 12 03	31 12 04
2889436-0	DE LEON MEDEROS GLORIA BEATRIZ	31 12 03	31 12 04
1788261-1	EDUARDO JOSE LARREA BONILLA	31 12 03	31 12 04
1597698-7	FASSOLA BRUNETTO, OSCAR	31 12 03	31 12 04
1489615-6	FONTES FIZOL, VICTOR DANIEL	31 12 03	31 12 04
1493367-5	JUAREZ SANCHEZ, ALVARO	31 12 03	31 12 04
211425540012	MANHATTAN SA	31 12 03	31 12 04
3853577-2	PERNAS PEREZ CARLOS FABRICIO	31 12 03	31 12 04
1496293-7	RODRIGUEZ SIERRA, LUIS EDUARDO	31 12 03	31 12 04
1202062-0	VANNI XIMENO, RUBEN OMAR	31 12 03	31 12 04
1273950-4	VARELA, JUAN EDUARDO	31 12 03	31 12 04

Montevideo, 20 de enero de 2004.

De acuerdo con las disposiciones en vigor y procesada la información correspondiente al período **1** al **31 de diciembre de 2003**, se notifica por este medio a los cuentacorrentistas detallados a continuación, la extensión a dos años de la clausura de sus respectivas cuentas corrientes en todo el sistema bancario:

Comunicación Nro.: 1404

Documentación	Nombre	Final.
4489888-5	ALBERTO DOLSAN	30 04 05
3137089-2	DANCONA ASUNCION, JUAN CARLOS	31 01 05
212626930010	FERRELEC URUGUAY S.A.	30 04 05
1254079-5	MIGUEL ANGEL MARTINEZ ALEMAN	31 05 05
3653039-4	PEREZ SOSA JOSE MARIO	30 11 04
214398800017	TROSLEY S.A.	30 11 04

Montevideo, 20 de enero de 2004.

Se notifica por este medio la revocación de la clausura de todas las cuentas corrientes en el sistema bancario de las siguientes personas:

Comunicación Nro.: 1405

No hay revocaciones de clausuras al 31 12 03

----- o -----

27) (Cta. Cte.) 3/p 50159 Ene 23- Ene 27

DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA

AVISO
DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA
DIVISION ADMINISTRACION

Se cita al Sr. Rolando Navarro Schinca para que comparezca dentro del horario de Oficina, en Control de Notificaciones de esta División, sito en la calle Colonia 1922, Piso 8 de esta ciudad, a notificarse dentro del plazo de treinta días, a contar del siguiente al de la última publicación de este Aviso, de la providencia de la División Recaudación de fecha 01 07 03 dictada en expediente Nº 2003 05 005 00 02 2288 caratulado "NAVARRO SCHINCA ROLANDO - DECLARACIONES JURADAS Y PAGOS" bajo apercibimiento de darlo por notificado.-
Esta citación se efectúa conforme a lo dispuesto por el Art. 51 del Código Tributario - Ley Nº 14.306 de 29 11 74.-
Montevideo, 8 de enero de 2004.-
Director de la División Administración.-
LIC. JOAQUIN SERRA.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50142 Ene 22- Ene 26

CONVOCATORIAS

COMAJA
CONVOCATORIA A ELECCIONES

LA Cooperativa de Ahorro y Crédito de la Agrupación Magisterial "José Artigas", convoca a sus asociados al acto de renovación de autoridades (3) del Consejo Directivo y (2) de la Comisión Fiscal a realizarse el día 2 de Febrero en su local de Av. Lecueder Nº 269 de 08:00 a 18:00 horas de acuerdo al Ar. 63º de su Estatuto Social y Ley Nº 12.179 (ar. 5º), mediante voto secreto, por medio de listas separadas para el Consejo Directivo y Comisión Fiscal.
Las listas serán registradas y aceptadas por la Comisión Electoral hasta diez días (10) antes de la fecha fijada para el Acto Eleccionario
Por COMAJA
Antonio Carlos Medina Coelho, Secretario.
27) $ 2700 5/p 10493 Ene 23- Ene 29

Para la mejor eficacia en la prestación de los servicios que la Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IM.P.O.), tiene a su cargo, se les recuerda que los avisos de Convocatorias Comerciales deberán ser presentados con una antelación mínima de 10 días a la fecha de la asamblea respectiva.

Para los avisos de Remate, se requieren, para aquel fin, la presentación del edicto con 15 días de anticipación a la fecha de la subasta.

Para evitar errores en la impresión de los avisos judiciales, se ruega claridad en los sellos de los profesionales firmantes al pie de cada edicto.

AVISOS DEL DIA

APERTURA DE SUCESIONES

(Ley 16.044 Arts. 3o. y 4o.)
Los señores Jueces Letrados de Primera Instancia del Interior, dentro de sus respectivas jurisdicciones, han dispuesto la apertura de las sucesiones que se enuncian seguidamente y citan y emplazan a los herederos, acreedores y demás interesados en ellas para que, dentro del término de treinta días, comparezcan a deducir en forma sus derechos en la sede correspondiente.

RIONEGRO

JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA DE FRAY BENTOS

SEGUNDO TURNO

SLAVICA RAK DE KOSTADINOFF, NEDIELYKA, (Ficha: 24 79 BS1 2003).
Habilitandose la Feria Judicial Mayor.
Fray Bentos, 24 de diciembre de 2003.
Esc. Sergio Gustavo Cabrera Herrera, ACTUARIO ADJUNTO.
01) $ 2700 10/p 10561 Ene 26- Feb 06 (0001)

CONVOCATORIAS COMERCIALES

TRALE S.A.
Convocatoria

Se convoca a Asamblea General Ordinaria de Accionistas de TRALE S.A. a realizarse el día 17 de febrero de 2004 en su sede de Asunción 1608 de Montevideo, a la hora 11:00 en primera convocatoria y 12 horas en segunda convocatoria, parta tratar el siguiente:

ORDEN DEL DIA

1) Lectura de Actas de Asambleas Ordinarias y Extraordinarias del 25 3 2003.
2) Memoria y Estado contable del ejercicio cerrado el 31 10 03.
3) Proyecto de distribución de utilidades.
4) Elección de 2 Directores (cargo de Tesorero y Vocal), aprobación y promulgación de cargos.
5) Designación de Síndico y retribución.
6) Designación de 2 accionistas para firmar el acta.
03) $ 1620 3/p 10553 Ene 26- Ene 28 (0002)

DISOLUCIONES DE SOCIEDADES

MONTEVIDEO

CERRO VERDUN S.R.L.
Disolución Anticipada

Contrato: 21 Junio 2002. retroactivo al 31 de mayo de 2002
Inscripción: Nº 9472 el 11 12 2003.
06) $ 1062 1/p 10555 Ene 26- Ene 26 (0003)

LICITACIONES PUBLICAS

MONTEVIDEO

DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS

Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas
DIVISION ADQUISICIONES

PROCEDIMIENTOS DE COMPRA - FECHA - HORA
* L P 180 04 "Material de bobinados para mantenimiento" - 19 02 04 - 09:00
* L P 185 04 "Material de cerrajería para mantenimiento" - 19 02 04 - 10:00
* L P 186 04 "Material de electricidad para mantenimiento" - 19 02 04 - 11:00
* L P 188 04 "Material de electromecánica para mantenimiento" - 19 02 04 - 12:00
* L P 192 04 "Material de herrería para mantenimiento" - 20 02 04 - 09:00
* L P 193 04 "Material de jardinería para mantenimiento" - 20 02 04 - 10:00
* L P 200 04 "Material de pintura" - 20 02 04 - 11:00
* L P 201 04 "Material de tornería para mantenimiento" - 20 02 04 - 12:00
* L P 202 04 "Material de vidriería para mantenimiento" - 25 02 04 - 09:00
* L P 270 04 "Material de refrigeración para mantenimiento" - 25 02 04 - 10:00
* L P 271 04 "Material de carpintería para mantenimiento" - 25 02 04 - 11:00

ADQUISICION DEL PLIEGO: El mismo está a disposición de los proveedores a partir del día 29 de enero en la División Financiero Contable (8 de Octubre 3029) en el horario de 8 a 11 hrs.
VALOR PLIEGO: 2 UR (dos Unidades Reajustables)
CONSULTAS: Administrativas: Sector Operaciones - División Adquisiciones
Técnicas: D.A.I.H.FF.AA.
LUGAR DE APERTURA: Escuela de Sanidad de las FF.AA.
Av. 8 de Octubre 3060.
12) (Cta. Cte.) 1/p 50169 Ene 26- Ene 26 (0004)

PODER LEGISLATIVO



PODER LEGISLATIVO

COMISIÓN ADMINISTRATIVA DEL PODER LEGISLATIVO DEPARTAMENTO DE LICITACIONES LICITACIÓN PUBLICA Nº 02/03
Contratación de un servicio de limpieza para el Palacio Legislativo y Edificio José Artigas

Apertura: 18 de febrero de 2004.
Hora: 16:30
Lugar: Sala de Sesiones de la Comisión Administrativa (Nivel -1, Edificio José Artigas)
Recepción de Propuestas: 18 de febrero de 2004. (de 16:00 a 16:30)
Lugar: Sala de Sesiones de la Comisión Administrativa (Nivel -1, Edificio José Artigas)
Consultas: Oficina de Licitaciones - Palacio Legislativo (Subsuelo)
Los recaudos están a disposición de los interesados en el Departamento de Licitaciones de la Comisión Administrativa (Palacio Legislativo, Subsuelo) en el horario de 15.00 a 18.00
El valor de los mismos es de $ 1.500.
12) (Cta. Cte.) 1/p 50175 Ene 26- Ene 26 (0005)

EDICTOS MATRIMONIALES

Montevideo, enero 26 de 2004
Cumplimiento de la disposición del artículo 3o. de la ley 9.906 del 30 de diciembre de 1939 de acuerdo con lo que se expresa en dicho artículo debe tenerse muy en cuenta la advertencia que se transcribe que figura en los correspondientes edictos que firman los respectivos Oficiales del Registro Civil.
"En fe de lo cual intimo a los que supieren algún impedimento para el matrimonio proyectado lo denuncie por escrito ante esta Oficina haciendo conocer las causas y lo firme para que sea publicado en el "Diario Oficial" por espacio de ocho días como manda la Ley."
Espacio limitado a tres días por la Ley 9.906.

MONTEVIDEO

OFICINA No. 1

JUAN ANDRES ARDUSSO, 23 años, soltero, estudiante, argentino N U, domiciliado en Dionisio López 2190 y MAGDALENA ELIZABETH PEREIRA, 19 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Comercio 2275.
14) $ 273 3/p 323 Ene 26- Ene 28 (0006)

ALVARO ANDRES ACOSTA, 28 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Tamesis 2429 y MARIA BEATRIZ CORTIZAS, 23 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Castelar 4530.
14) $ 273 3/p 325 Ene 26- Ene 28 (0007)

PABLO ANDRES AGOGLIA, 26 años, soltero, apicultor, argentino N U., domiciliado en Magenta 3971 Bis-2 y CAROLINE VIVIANA GINESTRA, 24 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Magenta 3971 Bis-2.
14) $ 273 3/p 329 Ene 26- Ene 28 (0008)

SERGIO DANIEL DELGADO, 19 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Escuchas 5054 y BELKY GABRIELA ACEVEDO FAGUNDEZ, 21 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Escuchas 5054.
14) $ 273 3/p 333 Ene 26- Ene 28 (0009)

ORLANDO GABRIEL dos SANTOS, 29 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Buenos Aires 484 P 1 y MARIA LAURA ARIAS, 25 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en F Miranda 4354 3.
14) $ 273 3/p 336 Ene 26- Ene 28 (0010)

PABLO AICARDI, 26 años, soltero, estudiante, oriental, domiciliado en Solano García 2444 y ADRIANA NOEL PEREZ, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Pasaje Asilo 3229 220.
14) $ 273 3/p 338 Ene 26- Ene 28 (0011)

HUMBERTO ANTONIO ARRICO, 23 años, soltero, empleado, venezolano N U, domiciliado en Marsella 2664 y MARCELA JACQUELINE DELGADO, 25 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Marsella 2664.
14) $ 273 3/p 349 Ene 26- Ene 28 (0012)

OFICINA No. 2

SERGIO FEDERICO BLANGERO, 22 años, soltero, analist. de sistemas, oriental, domiciliado en Gral. Fraga 2155 y MARIA CAROLINA CORREA, 21 años, soltera, estudiante, oriental, domiciliada en Gral. Fraga 2155.
14) $ 273 3/p 326 Ene 26- Ene 28 (0013)

ROBERTO BOUZAS, 27 años, soltero, comerciante, oriental, domiciliado en Avda Italia 5910 y MARIANA LAURA MEDINA, 27 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Dr. Pena 4514.
14) $ 273 3/p 327 Ene 26- Ene 28 (0014)

WALTER EDGARDO FERNANDEZ, 22 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Vilardebó 2045 y CARMEN FABIANA ASSIS, 27 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Vilardebó 2045.
14) $ 273 3/p 334 Ene 26- Ene 28 (0015)

GERARDO ALVARO BORSALINO, 42 años, divorciado, empleado, oriental, domiciliado en 4 de julio 3435 y ROCCIANA POUY, 34 años, soltera, labores, oriental, domiciliada en 4 de Julio 3435.
14) $ 273 3/p 337 Ene 26- Ene 28 (0016)

OFICINA No. 3

ALVARO LUIS CABAN, 59 años, divorciado, empleada, oriental, domiciliado en Zum Felde 2090 Block 5 001 y ELEANOR ELIZABETH MANZANARES, 45 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Zum Felde 2090 Block 5 001.
14) $ 273 3/p 328 Ene 26- Ene 28 (0017)

PABLO AMBROSIO CAMPOLEONI, 31 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Cno Castro 333 y CLAUDIA CARINA MAGNOU, 32 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Cno Castro 333.
14) $ 273 3/p 335 Ene 26- Ene 28 (0018)

MARCELO SEBASTIAN KLIUKAS, 31 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Vidiella 5736 y LOURDES ISABEL TASENDE, 28 años, soltera, comercio, oriental, domiciliada en Juan Manuel Blanes 1133 bis.
14) $ 273 3/p 342 Ene 26- Ene 28 (0019)

OFICINA No. 4

JUAN AMILCAR LOPEZ, 26 años, soltero, ingeniero, oriental, domiciliado en San Salvador 1855 101 y ANA LUISA MIGUES, 31 años, soltera, diseñadora gráfica, oriental, domiciliada en San Salvador 1855-101.
14) $ 273 3/p 331 Ene 26- Ene 28 (0020)

FERNANDO JOSE LECOT, 37 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Marco Bruto 1389 y MIRIAM STRAUSS, 40 años, soltera, empleada, israelí, domiciliada en Marco Bruto 1389.
14) $ 273 3/p 332 Ene 26- Ene 28 (0021)

OFICINA No. 5

GASTON ALEJANDRO MARRERO, 27 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Conciliacion 4110 y MARIA NOEL TAMAYO, 29 años, soltera, analist. computacion, oriental, domiciliada en Libertad 2686 802.
14) $ 273 3/p 340 Ene 26- Ene 28 (0022)

HEBERT JAVIER TROPIANO, 30 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Ricaurte 859 y ADRIANA LOURDES RODRIGUEZ, 31 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Enrique George 1651.
14) $ 273 3/p 341 Ene 26- Ene 28 (0023)

MAURO GONZALO MAS, 32 años, soltero, periodista, oriental, domiciliado en Solano Antuña 2609 203 y MARIA VICTORIA GELPI, 32 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Solano Antuña 2609 203.
14) $ 273 3/p 344 Ene 26- Ene 28 (0024)

VALENTIN JOSE TOYOS, 26 años, soltero, lic gestion agropecuaria, oriental, domiciliado en Soca 1397 Bis 102 y MARIANA MARIA SILVERA, 25 años, soltera, lic adm empresas, oriental, domiciliada en Ellauri 597 201.
14) $ 273 3/p 350 Ene 26- Ene 28 (0025)

OFICINA No. 6

FRANCISCO HUGO RODRIGUEZ, 71 años, divorciado, jubilado, oriental, domiciliado en Maldonado 898 403 y ESILDA DIAZ, 53 años, divorciada, empleada, oriental, domiciliada en Maldonado 898 403.
14) $ 273 3/p 324 Ene 26- Ene 28 (0026)

NICOLAS EDUARDO SILVERA, 22 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en El Iniciador 1634 4 y VERONICA VICA, 22 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Santa Ana 3593.
14) $ 273 3/p 339 Ene 26- Ene 28 (0027)

GONZALO RIVERO, 33 años, soltero, comerciante, oriental, domiciliado en Fco. Bauzá 3644 y PATRICIA LORENA ARDAIX, 28 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Fco. Bauzá 3644.
14) $ 273 3/p 346 Ene 26- Ene 28 (0028)

GUILLERMO RICARDO RIVERO, 28 años, soltero, comerciante, oriental, domiciliado en Lombardía 6150 101 y SELENA LOURDES CABALLARO, 30 años, soltera, odontóloga, oriental, domiciliada en Siracusa 2235.
14) $ 273 3/p 347 Ene 26- Ene 28 (0029)

OFICINA No. 7

MIGUEL ANGEL PALERMO, 55 años, di-

vorciado, empleado, oriental, domiciliado en Miguel Martínez 3746 y MARIA PILAR ALDUNATE, 55 años, divorciada, maestra, española, domiciliada en Miguel Martínez 3746.
14) $ 273 3/p 330 Ene 26- Ene 28 (0030)

PABLO ALEJANDRO PONS, 34 años, soltero, empleado, oriental, domiciliado en Bacigalupi 2313 y MONICA FABIANA CASTRO, 26 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Peteroa 3210.
14) $ 273 3/p 343 Ene 26- Ene 28 (0031)

LUIS PABLO PATRONE, 27 años, soltero, estudiante, oriental, domiciliado en 21 de Setiembre 2869 104 y ELLEN EMERY, 27 años, soltera, empleada, oriental, domiciliada en Parva Domus 2460 1.
14) $ 273 3/p 345 Ene 26- Ene 28 (0032)

SERGIO MARCELO PINTOS, 26 años, soltero, panadero, oriental, domiciliado en Concordia 4332 y FABIANA PEREZ, 30 años, divorciada, empleada, oriental, domiciliada en Concordia 4332.
14) $ 273 3/p 348 Ene 26- Ene 28 (0033)

CLAUDIO VIDIGH, 29 años, soltero, empresario, oriental, domiciliado en Aquiles Lanza 1170 1 y PATRICIA VICTORIA CONSERVA, 28 años, soltera, analista marketing, oriental, domiciliada en Aquiles Lanza 1170 1.
14) $ 273 3/p 351 Ene 26- Ene 28 (0034)

PROPIEDAD LITERARIA Y ARTÍSTICA

BIBLIOTECA NACIONAL

REGISTRO DE DERECHOS DE AUTOR

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

MARIO OLIVERO TROISE solicita la inscripción de la Obra titulada "METAFISICA MUNDIAL" de su autoria. Montevideo 22 de enero de 2004 SR. RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10548 Ene 26- Feb 06 (0035)

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

FEDERICO IVANIER solicita la inscripción de la obra "LA INCREIBLE AVENTURA DE GONZALO Y LA VACA FEROZ", de su autoria. Montevideo 06 de octubre del 2003 SR RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10549 Ene 26- Feb 06 (0036)

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

FERNANDO PAPA y ROBERTO EIMER solicitan la inscripcion del Software denominado "BTMATCHER", del cual son autores. Montevideo 22 de enero del 2004 SR RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10550 Ene 26- Feb 06 (0037)

BIBLIOTECA NACIONAL DERECHOS DE AUTOR

MARILDE GOLIARDI PERDOMO solicita la inscripción de la obra titulada "ALFABETO DEL LÉAENNÍTH-IRINÁLA" de su autoria. Montevideo 19 de enero del 2004 SR RAUL RICARDO VALLARINO, DIRECTOR GENERAL.
17) $ 900 10/p 10569 Ene 26- Feb 06 (0038)

SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

PINTURAS PROMET S.R.L.
Cesión.

Contrato: 1 Enero 2004.
Inscripción: Nº 285 el 13 1 2004.
Cedentes: JOSE ARTURO MANDL PRANTL y
SUSANA LILIAN RUIZ KUNZE
Cesionario: Ricardo Bettolini Leis (50 cuotas).
22) $ 1062 1/p 10556 Ene 26- Ene 26 (0039)

DEL PLATA ASOCIADOS LIMITADA
Cesión.

Contrato: 7 Julio 2003
Inscripción: Nº 9240 el 5 12 2003
Cedente: FEDERICO RINGELTAUBE HAGEN
Cesionario: SIGRID SCHNOBL EINENKEL (60 cuotas).
22) $ 1062 1/p 10557 Ene 26- Ene 26 (0040)

RAMPIN S.R.L.

Contrato: 3 Diciembre 2003
Inscripción: 9498 2003
Cedente: Elbio Maneiro
Cesionarios: Gonzalo y Diego Maneiro
Objeto: Se ceden 648 cuotas, adquiriendo 324 cada cesionario
Administración: Elbio Maneiro mantiene su calidad de administrador.
22) $ 1062 1/p 10558 Ene 26- Ene 26 (0041)

LEPE LTDA.

Contrato: 11 12 2003
Inscripción: Nº 92 el 05 01 04.
Socios: Pablo Andres LEMOS VIGLINO - 99 cuotas
Ibana Carina PEREIRA LOPEZ - 1 cuota
Plazo: 30 años
Administración: Pablo Lemos Viglino
Capital: $ 20.000.-
Domicilio: Canelones - El Pinar
Objeto: Explotación negocio de Bar y Restaurante y anexos.
22) $ 1593 1/p 10564 Ene 26- Ene 26 (0042)

EUROBUNGY URUGUAY LTDA.

Contrato: 30 12 2003.
Inscripción: Nº 116 - 7 1 2004.
Socios: JORGE OROMI BRASELLI (40 cuotas), GASTON ENRIQUE OROMI BAROFFIO (40 cuotas) y REUBENS DA CUNHA (20 cuotas).
Domicilio: Montevideo.
Objeto: Arrendamiento de juegos y entretenimientos en gral.
Plazo: 30 años.
Capital: $ 25.000.
Administración y representación: GASTON ENRIQUE OROMI BAROFFIO.
22) $ 1593 1/p 10603 Ene 26- Ene 26 (0043)

VARIOS

MONTEVIDEO

MINISTERIOS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Prefectura Nacional Naval

Montevideo, 8 de enero de 2004.-
VISTO: La solicitud presentada por los Señores Carlos Gogg, Dr. Enrique Andreoli y la Señora Lia Renee Bergallo con fecha 17 de mayo de 1993, para la búsqueda y posterior extracción del galeón inglés "BLACK SEAGULL".
RESULTANDO: 1) Que les fue enviada notificación por medio de Carta Certificada con Aviso de Retorno con fecha 10 de noviembre del 2003, solicitándoles que manifestaran si mantenían interés en el trámite por ellos iniciado.
2) Que hasta la fecha no se han presentado a los efectos de manifestar interés en la prosecución de dicho trámite.
ATENTO: A lo establecido en los artículos 75 y 89 del Decreto 500 91.
EL PREFECTO NACIONAL NAVAL
R E S U E L V E:
1.- No hacer lugar a la solicitud presentada por los Señores Carlos Gogg, Dr. Enrique Andreoli y la Señora Lia Renee Bergallo con fecha 17 de mayo de 1993, para la búsqueda y posterior extracción del galeón inglés "BLACK SEAGULL".
2.- Por la Secretaría de la Oficina de Trámites de Buques Históricos Hundidos, publíquese en el Diario Oficial por el término de tres días y remítase notificación por medio de carta certificada con aviso de retorno al interesado. Cumplido, archívese.
CONTRA ALMIRANTE TABARE DANERS EYRAS, Prefecto Nacional Naval.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50172 Ene 26- Ene 28 (0044)

PREFECTURA NACIONAL NAVAL.-

Montevideo, enero 19 de 2004.-
VISTO: La solicitud presentada por los Señores Evaristo Lema Gómez y Eduardo Scasso Filloy con fecha 15 de mayo de 1992, para la búsqueda y posterior extracción del bergantín español "SAN JOAQUIN".
RESULTANDO: 1) Que les fueron enviadas notificaciones por medio de Cartas Certificadas con Aviso de Retorno con fecha 9 de abril de 2002 y 22 de octubre del 2003, solicitándoles que manifestaran si mantenían interés en el trámite por ellos iniciado.
2) Que hasta la fecha no se han presentado a los efectos de manifestar interés en la prosecución de dicho trámite.
ATENTO: A lo establecido en los artículos 75 y 89 del Decreto 500 91.
EL PREFECTO NACIONAL NAVAL
R E S U E L V E:
1.- No hacer lugar a la solicitud presentada por los Señores Evaristo Lema Gómez y Eduardo Scasso Filloy con fecha 15 de mayo de 1992, para la búsqueda y posterior extracción del bergantín español "SAN JOAQUIN".
2.- Por la Secretaría de la Oficina de Trámites de Buques Históricos Hundidos, publíquese en el Diario Oficial por el término de tres días y remítase notificación por medio de carta certificada con aviso de retorno al interesado. Cumplido, archívese. Contra Almirante TABARE DANERS EYRAS, Prefecto Nacional Naval.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50173 Ene 26- Ene 28 (0045)

COMANDO GENERAL DE LA ARMADA PREFECTURA NACIONAL NAVAL OFICINA DE TRAMITES DE BUQUES HISTORICOS HUNDIDOS

Montevideo, 20 de enero de 2003.-
SEÑOR: Sergio Pronczuk
Sírvase pasar por la Oficina de Trámites de Buques Históricos Hundidos de la Prefectura Nacional Naval, Rbla. 25 de Agosto de 1825 s n, 4to. piso, en un plazo de 10 días a partir de la fecha de realizadas las presentes publicaciones, referente al expediente PNN Nº 1524 93, a los efectos de manifestar si mantienen o no interés en la solicitud del permiso de búsqueda del navío "Explorador", bajo apercibimiento de tenerlo por desistido de la misma según lo dispuesto en el art. 89 del Decreto 500 91.-
Sin otro particular, saludo a ustedes atentamente.-
Capitán de Fragata (CP) FERNANDO BARCIA, Jefe de la Oficina de Trámites Buques Históricos Hundidos.
27) (Cta. Cte.) 3/p 50174 Ene 26- Ene 28 (0046)

Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas DIVISION ADQUISICIONES

PROCEDIMIENTOS DE COMPRA - FECHA - HORA
* L P 203 04 "Materiales varios para la ejecución del Sector 4, Nivel -3.10 salud mental para el proyecto de ampliación y reciclaje del H.C.FF.AA." - 17 02 04 - 09:00
* L P 205 04 "Materiales varios para la ejecución del Sector 4, Niveles +0.00 y +3.10 cirugía de día para el proyecto de ampliación y reciclaje del H.C.FF.AA. - 17 02 04 - 10:00
* L P 207 04 "Materiales varios para la ejecución del sector 3, Nivel -3.10 vestuarios para proyecto de ampliación y reciclaje del H.C.FF.AA. - 17 02 04 - 11:00
* L/P 217 04 "Materiales varios para remodelación del Sector 3, Nivel +0.00 Medicina de día para el proyecto de ampliación y reciclaje del H.C.FF.AA. - 17 02 04 - 12:00
* L/P 218 04 "Materiales varios para remodelación del Sector 5, Nivel -3.10 electrónica médica para proyecto de ampliación y reciclaje del H.C.FF.AA. - 17 02 04 - 14:00
* L P 220 04 "Herramientas para mantenimiento y obras en general" - 18 02 04 - 09:00
* L P 268 04 "Material de sanitaria para mantenimiento" - 18 02 04 - 10:00
* L/P 269 04 "Material de albañilería para mantenimiento" - 18 02 04 - 11:00
* L/P 272 04 "Materiales varios para remodelación del sector 13, Nivel 0.00 y -3.10 odontología - 18 02 04 - 12:00
ADQUISICION DEL PLIEGO: El mismo está a disposición de los proveedores a partir del día 29 de enero en la División Financiero Contable (8 de Octubre 3029) en el horario de 8 a 11 hrs.
VALOR PLIEGO: 2 UR (dos Unidades Reajustables)
CONSULTAS: Administrativas: Sector Operaciones - División Adquisiciones
Técnicas: D.A.I.H.FF.AA.
LUGAR DE APERTURA: Escuela de Sanidad de las FF.AA.
Av. 8 de Octubre 3060.
27) (Cta. Cte.) 1/p 50176 Ene 26- Ene 26 (0047)

BANCOS

BANCO CENTRAL DEL URUGUAY



Banco Central del Uruguay

MESA DE NEGOCIACIONES CAMBIOS Y ARBITRAJES
CIERRE DE OPERACIONES DEL DIA 21 DE ENERO DE 2004

PAISES	MONEDAS TRANSF. MERCADO DE CAMBIOS	COD.	ARBITRAJES
ARGENTINA	PESO ARGENTINO	0500	2,905000
BRASIL	REAL	1000	2,839000
INGLATERRA	LIBRA ESTERLINA	2700 U$S	1,830800
JAPON	YEN	3600	106,910000
SUIZA	FRANCO SUIZO	5900	1,240100
UNION MONET. EURO	EURO	1111 U$S	1,263800

COTIZACIONES INTERBANCARIAS

				COMPRA	VENTA
ARGENTINA	PESO ARG. BILLETE	0501	$	10,040	10,140
BRASIL	REAL BILLETE	1001	$	10,350	10,450
ESTADOS UNIDOS	DLS. USA BILLETE	2225	$	29,490	29,540
ESTADOS UNIDOS	DLS. USA CABLE	2224	$	29,500	29,550
ESTADOS UNIDOS	DLS. USA FDO BCU	2223	$	29,500	29,550

POR OTROS ARBITRAJES Y O TASAS CONSULTAR A CENTRO DE COMUNICACION INSTITUCIONAL TELEFAX: 19671690
27) (Cta. Cte.) 1/p 50171 Ene 26- Ene 26 (0048)

A.N.E.P. ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PUBLICA

ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PUBLICA CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL ORDENANZA 45 (ESTATUTO DEL FUNCIONARIO DOCENTE) COMPLEMENTO Nº 15

Por la presente Ordenanza Nº 45, Complemento Nº 15, se comunica la Resolución 62 del Acta Nº 81 de fecha 18 de diciembre de 2003, que se transcribe a continuación;
VISTO: La Resolución 63 del Acta 35 del 3 de julio de 2003.
RESULTANDO: I) que por el citado acto administrativo se dispuso la creación de un Grupo de Trabajo que involucrara a los diferentes actores que participan en el diligenciamiento de solicitudes y posterior resolución de adiciones y acumulaciones de sueldos.
II) que se estableció asimismo que el referido Grupo debería proponer la unificación de la normativa sobre el particular, las modificaciones y ajustes a la normativa vigente que estimara pertinente y la confección de un instructivo de aplicación para estos tramites.
CONSIDERANDO: I) que realizado el estudio de las situaciones presentadas, el Grupo de Trabajo propone modificar los Artículos 16 y 17 del Estatuto del Funcionario Docente.
II) que asimismo eleva el instructivo con los pasos a seguir en el trámite de acumulaciones de funciones.
III) que también expresa que correspondería disponer la derogación a texto expreso de la Circular Nº 5 97 en consideración de las modificaciones propuestas y del instructivo citado precedentemente.
ATENTO: A lo expuesto.
EL CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA, resuelve:
1) Tomar conocimiento de lo actuado por el Grupo de Trabajo creado Resolución 63 del Acta 35 del 3 de julio de 2003, con el motivo de realizar el estudio y revisión del trámite de las acumulaciones y adiciones de funciones en la Administración Nacional de Educación Pública.
2) Rectificar los Arts. 16, y 17 del Estatuto del Funcionario Docente los que quedarán redactados de la siguiente forma:
Art. 16: Ningún docente podrá desempeñar en el Ente más de cuarenta y ocho horas semanales de labor sean éstas de docencia directa y o indirecta y o cargos no docentes. Por indivisibilidad

de la carga horaria de la asignatura se podrá llegar a un máximo de cincuenta horas.- Por vía de excepción y, por fundadas razones de interés del servicio, se podrá acceder anualmente hasta un máximo de sesenta horas semanales de función remunerada, no generando esta situación derecho ni precedente de especie alguna.-
16.1: Las designaciones y acumulaciones hasta cuarenta y ocho o cincuenta horas fundadas en la indivisibilidad de la carga horaria, serán autorizadas por los respectivos Consejos.-
No se requerirá tramitar una nueva acumulación en caso de que se mantenga o disminuya la situación ya autorizada por los mismos.
En estos casos se deberá realizar igualmente la confrontación de horarios dentro de los primeros treinta días calendario a partir del acto de elección ante la Oficina correspondiente.-
Los Consejos Desconcentrados deberán dar cuenta mensualmente al Consejo Directivo Central de las acumulaciones concedidas.
16.2: Las designaciones y acumulaciones por vía de excepción hasta sesenta horas sólo podrán ser autorizadas anualmente por el Consejo Directivo Central.-
16.3: Establécese que aquellos funcionarios que intervengan en los actos de elección de horas y o cargos serán directamente responsables del cumplimiento de las disposiciones relativas a las acumulaciones, en especial los topes establecidos en el presente Estatuto, y demás disposiciones legales y reglamentarias. Su incumplimiento se considerará falta grave.-
16.4: Se considerará falta grave que el funcionario no gestione su acumulación dentro de los treinta primeros días calendario contados a partir del acto de elección.-
16.5: Los cargos de Dirección y Subdirección solamente podrán acumularse con horas de clase hasta el límite de cuarenta y ocho horas semanales de labor. (Podrá en estos casos tenerse en cuenta la excepción consagrada en el acápite del presente artículo). Se exceptuará de esa acumulación las horas de práctica docente que se dicten en las Escuelas de Práctica de Educación Primaria y los cargos en el área de Educación de Adultos.-
16.6: Los cargos de Inspección de la Administración Nacional de Educación Pública sólo podrán acumular hasta ocho horas de docencia directa en el Area de Formación y Perfeccionamiento Docente (podrá en estos casos tenerse en cuenta la excepción consagrada en el acápite del presente artículo), ello sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 17.-
Los cargos de Inspección del Area de Formación y Perfeccionamiento Docente de la Administración Nacional de Educación Pública sólo podrán acumularse con horas docentes en la Enseñanza Universitaria.-
17: El ejercicio de la docencia podrá acumularse con otras funciones públicas, fuera de la Administración Nacional de Educación Pública, hasta el límite de sesenta (60) horas semanales de labor remunerada, en el conjunto de actividades acumuladas. A tales efectos se deberá considerar la carga horaria presupuestal de los diferentes cargos públicos.
El no cumplimiento de las disposiciones establecidas precedentemente (artículos 16 y 17) se considerará falta grave y dará lugar a las responsabilidades que pudieran corresponder a que hubiere lugar.
SECRETARÍA DE RELACIONES PÚBLICAS.
27) (Cta. Cte.) 1/p 50170 Ene 26- Ene 26 (0049)

VARIOS

ARQUITECTURA RIFA - 2003

RESORTEO - 29 de ENERO 18.00 hs
Lugar: Facultad de Arquitectura Br. Artigas 1031
Resorteo de los premios no adjudicados durante el año 2003

Nomina de premios a Resortear:
Dos Apartamentos edificio Body Art - Benito Blanco 3301 aptos 301 y 401
Una Excursión para 2 personas Ronda Italiana + tarjeta u$s 750
Una Excursión a Sudafrica para dos + tarjeta u$s 750
Una Excursión para 2 Cancún Habana Varadero + tarjeta u$s 750
Una Excursión para 2 Europa + tarjeta u$s 750
Dos Tarjetas de Credito VISA cupo anual $u 120000 c/u
Una Moto Peugeot
Una Excursión para 2 personas Río de Janeiro + tarjeta u$s 350
Una Excursión para 2 personas Buzios + tarjeta u$s 350
Una Excursión para 2 Ushuaia y Calafate + tarjeta u$s 350
Dos Set de Computación Dos Ordenes de compra en Montevideo Shopping valor $u 40000 c/u
Dos Reproductores DVD Sanyo y dos TV LG 29"
Un Lavarropas Electrolux y un Secarropas Frigidaire
Tres Lavavajillas Frigidaire Dos Televisores LG 21" K44
Cuatro Refrigeradores con freezer Electrolux Dos Reproductores DVD Sanyo
Dos Cocinas Delne Diamond a supergas Dos Minicomponentes Aiwa NSX SZ10
Dos Minicomponentes Aiwa LCX 137 Una Camara de Fotos Pentax ES 8385 Cuatro Microondas
58 Bicicletas Motociclo modelo Ondina 8000
52 Agendas electrónicas Casio modelo SP 3600
62 Carpas Doite Hi Camper, Igloo para dos personas
53 Mochilas Doite modelo Trango 38 litros
76 Ordenes de compra en Montevideo Shopping valor $ 2000 c/u
68 Walkman Aiwa HS TA 1666
Para el cobro de los premios del resorteo se deberá presentar el 10mo talón

27) $ 2340 1/p 10592 Ene 26- Ene 26 (0050)

ESTATUTOS Y BALANCES DE SOCIEDADES ANONIMAS

"COSTA CABLE VISION S.A."

Objeto: Industrializar, comercializar en todas sus formas, mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos, anexos: alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio. Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones. Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura, derivados. Participación, constitución, o adquisición de empresas que operen en los ramos pre-indicados.
100 años.
Montevideo.
Capital: $ 800.000
22 01 2004 No. 545.
28) $ 3717 1/p 10562 Ene 26- Ene 26 (0051)

NAGELD CORP. S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 522.
28) $ 3186 1/p 10570 Ene 26- Ene 26 (0052)

BALCORD INVESTMENT S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 540.
28) $ 3186 1/p 10571 Ene 26- Ene 26 (0053)

NOVARD COMPANY S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 537.
28) $ 3186 1/p 10572 Ene 26- Ene 26 (0054)

NEECEL CORP. S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 536.
28) $ 3186 1/p 10573 Ene 26- Ene 26 (0055)

KEEVAL CORP. S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 534.
28) $ 3186 1/p 10574 Ene 26- Ene 26 (0056)

VILLA CAMPERA S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 533.
28) $ 3186 1/p 10575 Ene 26- Ene 26 (0057)

DARULL COMPANY S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 520.
28) $ 3186 1/p 10576 Ene 26- Ene 26 (0058)

VOREND CORP. S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 523.
28) $ 3186 1/p 10577 Ene 26- Ene 26 (0059)

REELAND GROUP S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas,

debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 526.
28) $ 3186 1/p 10578 Ene 26- Ene 26 (0060)

BEYNOLL TRUST S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 527.
28) $ 3186 1/p 10579 Ene 26- Ene 26 (0061)

RIMONCLASS S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 529.
28) $ 3186 1/p 10580 Ene 26- Ene 26 (0062)

RIMONWER S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 532.
28) $ 3186 1/p 10581 Ene 26- Ene 26 (0063)

RIMONPRIDE S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 538.
28) $ 3186 1/p 10582 Ene 26- Ene 26 (0064)

GARYNOCK S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 539.
28) $ 3186 1/p 10583 Ene 26- Ene 26 (0065)

RIMONWEST S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 521.
28) $ 3186 1/p 10584 Ene 26- Ene 26 (0066)

PRUFORD COMPANY S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inver-

siones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 524.
28) $ 3186 1/p 10585 Ene 26- Ene 26 (0067)

ARROYOS NATURALES S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 525.
28) $ 3186 1/p 10586 Ene 26- Ene 26 (0068)

REENOL CORP. S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 530.
28) $ 3186 1/p 10587 Ene 26- Ene 26 (0069)

RAMMELL CORP. S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 531.
28) $ 3186 1/p 10588 Ene 26- Ene 26 (0070)

PARELD TRADING S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 541.
28) $ 3186 1/p 10589 Ene 26- Ene 26 (0071)

CIRELL GROUP S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 535.
28) $ 3186 1/p 10590 Ene 26- Ene 26 (0072)

LOMAS DEL PLATA S.A.

U$S 100.000,oo
Objeto: En el exterior podrá realizar: Inversiones en títulos, bonos, acciones, cédulas, debentures, letras, documentos análogos; Importaciones, exportaciones, comisiones, representaciones, mandatos, operaciones financieras, agropecuarias, seguros y reaseguros; Explotación de marcas, patentes, privilegios industriales, bienes incorporales análogos; Operaciones comerciales, industriales en los ramos y anexos de alimentación, automotriz, comunicaciones, electrónica, informática, madera, máquinas, metalurgia, papel, pesca, química, servicios profesionales, televisión, textil, transporte, turismo y vestimenta; Participación, constitución o adquisición de empresas que operen en los ramos preindicados; Toda clase de operaciones con bienes inmuebles. En el país podrá efectuar toda actividad permitida por el régimen al que se acoge.
Cien años
Montevideo
Inscripción: 21 1 04, 528.
28) $ 3186 1/p 10591 Ene 26- Ene 26 (0073)

BLOSSOMIR S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, jugue-

tería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
07 01 04, 141.
28) $ 3717 1/p 10593 Ene 26- Ene 26 (0074)

VIDELANZ S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
07 01 04, 139.
28) $ 3717 1/p 10594 Ene 26- Ene 26 (0075)

SERLIMA INVERSIONES S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12 01 04, 233.
28) $ 3717 1/p 10595 Ene 26- Ene 26 (0076)

TOPFERT S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12 01 04, 232.
28) $ 3717 1/p 10596 Ene 26- Ene 26 (0077)

TORRE GROUP S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12 01 04, 231.
28) $ 3717 1/p 10597 Ene 26- Ene 26 (0078)

VIDEST S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12 01 04, 229.
28) $ 3717 1/p 10598 Ene 26- Ene 26 (0079)

REYFIELD S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía,

fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12/01/04, 228.
28) $ 3717 1/p 10599 Ene 26- Ene 26 (0080)

RAIKEL S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12/01/04, 227.
28) $ 3717 1/p 10600 Ene 26- Ene 26 (0081)

URUWILL S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12/01/04, 225.
28) $ 3717 1/p 10601 Ene 26- Ene 26 (0082)

RAYFORT S.A.

Montevideo
100 años
$ 1.600.000.-
Industrializar, comercializar en todas sus formas mercaderías, arrendamientos de bienes obras, servicios, en los ramos y anexos: de alimentación, artículos del hogar, oficina, automotriz, bar, bazar, caucho, combustibles, comunicaciones, construcción, cosmética, cueros, deportes, editorial, electrónica, electrotecnia, enseñanza, espectáculos, extractivas, ferretería, fotografía, fibras, frutos del país, hotel, imprenta, informática, joyería, juguetería, lana, lavadero, librería, madera, máquinas, marítimo, mecánica, medicina, metalurgia, música, obras de ingeniería, óptica, papel, perfumería, pesca, plástico, prensa, publicidad, química, radio, servicios profesionales, técnicos, administrativos, tabaco, televisión, textil, transportes, turismo, valores mobiliarios, vestimenta, veterinaria, vidrio.- Importaciones, exportaciones, representaciones, comisiones, consignaciones.- Compra venta, arrendamiento, administración, construcción, toda clase de operaciones con bienes inmuebles. Explotación agropecuaria, forestación, fruticultura, citricultura y derivados. Participación, constitución, adquisición de empresas que operen los ramos preindicados.
12/01/04, 224.
28) $ 3717 1/p 10602 Ene 26- Ene 26 (0083)

REFORMAS

RBC INVESTMENTS URUGUAY S.A.

Reforma de Estatutos.

Por asamblea general extraordinaria de accionistas del 8/1/2004, se resolvió modificar el artículo 2 del estatuto social, que quedará redactado de la siguiente forma:
"OBJETO. Artículo 2. Su único objeto será realizar y brindar como usuario de zonas francas al amparo de Ley Nº 15.921 de Zonas Francas, las siguientes actividades y servicios en zonas francas o en el exterior: (a) toda clase de servicios financieros, de asesoría, administrativos y otros, según sean necesarios para el correcto funcionamiento de las actividades instaladas y la venta de dichos servicios dentro de la zona franca y a terceros países; y (b) la participación, constitución o adquisición de empresas fuera de la República Oriental del Uruguay que brinden servicios similares. Para llevar a cabo este objeto la sociedad podrá realizar todo acto y contrato en la zona franca o en el exterior."
Inscripción: 13/01/2004, Nº 311.
28) $ 4779 1/p 10552 Ene 26- Ene 26 (0084)

THYSSEN ELETEC S.A.

Sucursal Uruguay
Reforma

La Asamblea General Extraordinaria de Accionistas de fecha 21 de Agosto de 2002, resolvió el cambio de denominación que será en adelante: "THYSSENKRUPP ELEVADORES S.A. Sucursal Uruguay."
Inscripción: Nº 8677 el 21/11/2003.
28) $ 1593 1/p 10554 Ene 26- Ene 26 (0085)

CONFITERÍA CARRERA S.A.

Ampliación de capital y reforma de estatuto

"Artículo 3 (Capital y Acciones).- El capital, formado por títulos de una o mas acciones al portador de $ 1.- cada una será de $ 20.000.000.- (pesos uruguayos veinte millones).-"
Además se modificó el Artículo 4.
Resolución Asamblea General Extraordinaria de accionistas: 31/10/2003.
Resolución Auditoría Interna de la Nación: 08/12/2003.
Inscripción: Nº 9634, el 18/12/2003.
28) $ 2124 1/p 10559 Ene 26- Ene 26 (0086)



Para facilitar la búsqueda en las colecciones

GUIA DE LEYES



Incluidas en el Registro Nacional de Leyes y Decretos (*)

AÑO	NUMEROS	Semestre	
1919	6.846 al 6.930		
1919	6.931 al 7.047		
1920	7.048 al 7.386		
1921	7.387 al 7.451		
1922	7.452 al 7.548		
1923	7.549 al 7.689		
1924	7.690 al 7.811		
1925	7.812 al 7.917		
1926	7.918 al 8.068		
1927	8.069 al 8.195		
1928	8.196 al 8.393		
1929	8.394 al 8.613		
1930	8.614 al 8.720		
1931	8.721 al 8.824		
1932	8.825 al 8.933		
1933	8.934 al 9.180		
1934	9.181 al 9.455		
1935	9.456 al 9.543		
1936	9.544 al 9.641		
1937	9.642 al 9.754		
1938	9.755 al 9.807		
1939	9.808 al 9.908		
1940	9.909 al 9.997		
1941	9.998 al 10.110		
1942	10.111 al 10.305		
1943	10.306 al 10.468		
1944	10.469 al 10.535		
1944	10.536 al 10.600		
1945	10.601 al 10.694		
1946	10.695 al 10.806		
1946	10.807 al 10.882		
1947	10.883 al 11.013		
1948	11.014 al 11.212		
1949	11.213 al 11.406		
1950	11.407 al 11.480		
1950	11.481 al 11.628		
1951	11.629 al 11.788		
1952	11.789 al 11.912		
1953	11.913 al 12.088		
1954	12.089 al 12.174		
1955	12.175 al 12.262		
1956	12.263 al 12.357		
1957	12.558 al 12.486		
1958	12.487 al 12.598		
1959	12.599 al 12.646		
1959	12.647 al 12.691		
1960	12.692 al 12.804		
1960	12.805 al 12.844		
1961	12.845 al 12.938		
1961	12.939 al 13.034		

AÑO	NUMEROS	Semestre	
1962	13.035 al 13.120		
1963	13.121 al 13.229		
1964	13.230 al 13.319		
1964	13.320 al 13.321		
1965	13.322 al 13.395		
1965	13.396 al 13.462		
1966	13.463 al 13.492		
1966	13.493 al 13.581		
1967	13.582 al 13.619		
1967	13.620 al 13.640		
1968	13.641 al 13.681		
1968	13.682 al 13.733		
1969	13.734 al 13.772		
1969	13.773 al 13.834		
1970	13.835 al 13.867		
1970	13.868 al 13.932		
1971	13.933 al 13.980		
1971	13.981 al 14.053		
1972	14.054 al 14.067		
1972	14.068 al 14.100		
1973	14.101 al 14.141	1º	
1973	14.142 al 14.143	2º	
1973	14.144	2º	
1974	14.145 al 14.212 y 14.214 y 14.228	1º	(1)
1974	14.213 y 14.215 al 14.227 y 14.229 al 14.295	2º	(1)
1974	14.296 al 14.337	2º	(1)
1975	14.338 al 14.391	1º	(1)
1975	14.392 al 14.469	2º	(1)
1975	14.470 al 14.496	2º	(1)
1976	14.497 al 14.538	1º	(1)
1976	14.539 al 14.622	2º	(1)
1977	14.623 al 14.674	1º	(1)
1977	14.675 al 14.753	2º	(1)
1978	14.754 al 14.800	1º	(1)
1978	14.801 al 14.850	2º	(1)
1978	14.851 al 14.860	2º	(1)
1979	14.861 al 14.889	1º	(1)
1979	14.890 al 14.905	1º	(1)
1979	14.906 al 14.961	2º	(1)
1979	14.962 al 14.985	2º	(1)
1980	14.986 al 15.029	1º	(1)
1980	15.030 al 15.084	2º	(1)
1980	15.085 al 15.101	2º	(1)
1981	15.102 al 15.148	1º	(1)
1981	15.149 al 15.197	2º	(1)
1981	15.198 al 15.239	2º	(1)
1982	15.240 al 15.296	1º	(1)
1982	15.297 al 15.349	2º	(1)

AÑO	NUMEROS	Semestre	
1982	15.350 al 15.365	2º	(1)
1983	15.366 al 15.421	1º	(1)
1983	15.422 al 15.516	2º	(1)
1984	15.517 al 15.584	1º	(1)
1984	15.585 al 15.698	2º	(1)
1985	15.699 al 15.753	1º	
1985	15.754 al 15.793	2º	
1985	15.794 al 15.799	2º	
1986	15.800 al 15.818	1º	
1986	15.819 al 15.853	2º	
1987	15.854 al 15.873	1º	
1987	15.874 al 15.934	2º	
1987	15.935 al 15.939	2º	
1988	15.940 al 15.965	1º	
1988	15.966 al 16.007	2º	
1988	16.008 al 16.016	2º	
1989	16.017 al 16.050	1º	
1989	16.051 al 16.103	2º	
1990	16.104 al 16.114	1º	
1990	16.115 al 16.170	2º	
1991	16.171 al 16.191	1º	
1991	Adenda		
1991	16.192 al 16.236	2º	
1992	16.237 al 16.273	1º	
1992	16.274 al 16.343	2º	
1993	16.344 al 16.388	1º	
1993	16.389 al 16.461	2º	
1994	16.462 al 16.512	1º	
1994	16.513 al 16.602	2º	
1994	16.603 al 16.692	2º	
1995	16.693 al 16.706	1º	
1995	16.707 al 16.734	2º	
1996	16.735 al 16.758	1º	
1996	16.759 al 16.798	2º	
1996	16.799 al 16.810	2º	
1997	16.811 al 16.830	1º	
1997	16.831 al 16.837	1º	
1997	16.838 al 16.882	2º	
1997	16.883 al 16.904	2º	
1998	16.905 al 16.977	1º	
1998	16.978 al 17.078	2º	
1999	17.079 al 17.125	1º	
1999	17.126 al 17.221	2º	
2000	17.222 al 17.244	1º	
2000	17.245 al 17.291	2º	
2001	17.292 al 17.362	1º	
2001	17.363 al 17.446	2º	
2002	17.447 al 17.513	1º	
2002	17.514 al 17.615	2º	

(*) En la Compilación de «Leyes y Decretos» hasta 1929, y en el «Registro Nacional de Leyes y Decretos», a partir del Volumen correspondiente al año 1930.
(1) Decretos Leyes.